



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
└ Instituto de Ciências da Saúde

No Percurso da Especialização

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem
Médico – Cirúrgica

por Daniela Alexandra Oliveira e Silva

Sob Orientação de: Prof.^a Lúcia Rocha

Porto, Maio de 2011

RESUMO

O crescente desenvolvimento científico e tecnológico obriga os enfermeiros a manterem-se permanentemente actualizados, de forma a prestarem cuidados próximos da excelência. No sentido de aumentar a diferenciação da minha actuação e o meu crescimento enquanto enfermeira e pessoa, decidi prosseguir no percurso académico ingressando no Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O curso visa o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e sua família, pelo que esta opção foi algo inevitável, dada a minha dedicação quase exclusiva à área de urgência e emergência desde que me conheço.

O presente relatório visa dar resposta à solicitação pedagógica da Unidade Curricular com a mesma designação, tendo por objectivos: a contextualização e caracterização de cada campo de estágio, a realização de uma análise crítica sobre as actividades desenvolvidas em cada um deles assim como, as adaptações face às contingências encontradas em cada serviço e a descrição do meu percurso durante o estágio.

Desta forma, adoptei a metodologia crítico-reflexiva sobre as actividades levadas a cabo, no sentido de atingir os objectivos e competências previstas para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, nos domínios de competências defendidos pela Ordem dos Enfermeiros para um Enfermeiro Especialista, sendo eles: a Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; a Gestão da Qualidade; a Gestão de Cuidados; o Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais e o Domínio específico da Enfermagem Médico-Cirúrgica e abrangendo as áreas de prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. Em cada módulo do estágio desenvolvi competências e habilidades, o que necessariamente se repercutiu nos módulos seguintes, como é demonstrado pelo grau de reflexão, progressivamente mais aprofundado e pelas actividades cada vez mais adequadas ao contextos de estágio, visando não só a minha evolução, mas também a minha contribuição para a melhoria de qualidade dos cuidados prestados. O relatório encontra-se assim estruturado em vários capítulos para além da Introdução e das Considerações Finais, no sentido de facilitar a descrição do meu percurso de especialização.

Os módulos do Estágio desenrolaram-se no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano; na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. e na Delegação do Porto do Instituto Nacional de Emergência Médica, permitindo a aquisição de competência clínica de elevada diferenciação na área da EMC.

Em suma, o relatório acompanha a minha evolução nas áreas do saber-saber, saber-fazer e saber-estar.

ABSTRACT

The scientific and technological progresses require from the nurses, permanent efforts of updating competencies so that they can provide high quality care. In order to expand my skills and to grow as a nurse and as an human being, I decided to pursue the academic path, joining the Nursing Masters with Specialization in Medical Surgical Nursing.

This course aims the competencies development on the provision of specialized care to the adults who are experiencing life threatening disease and his family. My choice for this area was inevitable due to my passion for emergency.

This report aims to address a pedagogical tool, having as objectives: to contextualize and characterize each service where I've been; making a critical analysis of the activities developed in each module (because they suffered adjustments to meet the contingencies found in each service) and the description of my evolution during the stage.

Thus, the critical and reflexive analysis of the undertaken activities in each module, was the adopted methodology in this document, in order to achieve the objectives and competencies of the several domains defined by Ordem do Enfermeiros to become a Medical Surgical Nursing Specialist. The domains of competencies defined were: Legal, Ethics and Professional Responsibility; Quality Management; Care Management; Professional Learning Development and Medical Surgical Nursing Specific Domain addressing areas as management, care providing, investigation and training. At each stage module, I developed new personal and professional skills which, necessarily, influenced my performance at the next one. That's why I've decide to divide the document into several chapters besides the Introduction and the Conclusion, so that I easily describe my evolution.

The three modules of the clinical teaching took place in the Emergency Service of Hospital Pedro Hispano; in the Polyvalent Intensive Care Unit of Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E. and in the Oporto Delegation of the Instituto Nacional de Emergência Médica (National Institute of Medical Emergency).

Finally, this report presents my evolution in the several domains of knowledge.

AGRADECIMENTOS

À Sra. Prof.^a Lúcia Rocha pela disponibilidade demonstrada ao longo de todo o percurso.

Aos meus pais e irmã, por todo o apoio e pelas horas de ausência que suportaram.

Ao Pedro por me ter dado um novo alento e uma nova alegria de viver.

À Rosa, ao Ricardo, ao Pedro Teixeira, à Isabel, à Lucília, ao Raul por terem estado do meu lado quando mais precisei.

À Angelina, ao Filipe e à Irene por me suportarem nos momentos de maior cansaço e por me terem ajudado a acreditar que era capaz.

Aos elementos da minha equipa de trabalho e chefia (na pessoa do Enf.^o Rui Rocha) por terem sido mais do que colegas e terem tornado este caminho mais fácil de percorrer.

À Márcia, à Dulce, ao Tónico pelos momentos de stress que me ajudaram a ultrapassar.

Aos profissionais dos Serviços em que estagiei, com especial relevo à UCIP do CHVN Gaia, pela forma excepcional como me receberam e acolheram os meus projectos.

Somos o que fazemos consistentemente.

A excelência não é um modo de agir, mas sim um hábito.

Aristóteles

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

B.V.A. – Bombeiros Voluntários de Amarante

CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CHVNG – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CODU-MAR - Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar

CPLEEMC – Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CVC – Catéter Venoso Central

CVP – Catéter Venoso Periférico

DEM – Departamento de Emergência Médica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

HELI – Helicóptero

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

S. U. – Serviço de Urgência

SAPE® - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SIE – Sistema de Informação em Enfermagem

SIV – Suporte Imediato de Vida

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCInt – Unidade de Cuidados Intermédios

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UDT – Unidade de Dor Torácica

URD – Unidade de Rápido Diagnóstico

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

WADEM – *World Association of Disaster and Emergency Medicine*

WHO – *World Health Association* (Organização Mundial de Saúde)

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	9
1. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	11
1.1. ESTRUTURA / FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO	11
1.2. PERCURSO DESENVOLVIDO NO SU	12
2. MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS	25
2.1. ESTRUTURA / FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO	25
2.2. PERCURSO DESENVOLVIDO NA UCIP	26
3. MÓDULO III – ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR	39
3.1. CARACTERIZAÇÃO SUMÁRIA DA INSTITUIÇÃO	39
3.2. PERCURSO DESENVOLVIDO NO INEM	40
4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	55
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	69
Anexo 1 – “Catéter Venoso Central de Hemodiálise”	70
A – Fundamentação Teórica	71
B – Plano de Sessão de Formação	72
C – Diapositivos da Sessão de Formação	73
Anexo 2 – “O Enfermeiro na Abordagem ao Doente com Sépsis”	74
A – Fundamentação Teórica	75
B – Poster “O Enfermeiro na Abordagem ao Doente com Sépsis”	76
Anexo 3 – “O Enfermeiro na Abordagem ao Doente Submetido a Cateterismo Cardíaco”	77
A – Fundamentação Teórica	78
B – Diapositivos da Sessão de Formação	79
C – Poster “ O Enfermeiro na Abordagem ao Doente Submetido a Cateterismo Cardíaco”	80
Anexo 4 – Projecto de Investigação “Diagnóstico de Necessidades dos Familiares dos Doentes Internados na UCIP”	81

Anexo 5 – “Avaliação do Plano de Formação UCIP 2010”	82
A – Apresentação dos Resultados Obtidos	83
B – Poster Resumo dos Resultados Obtidos	84
C – Reformulação da Folha de Avaliação da “Formação em Serviço”	85
Anexo 6 – “Necessidades Formativas dos Enfermeiros UCIP”	86
A – Diagnóstico de Necessidades Formativas dos Enfermeiros UCIP	87
B – Diapositivos da Apresentação dos Resultados Obtidos	88
C – Poster Resumo dos Resultados Obtidos	89
Anexo 7 – “Intervenção em Situação de Crise – A Relação de Ajuda na Enfermagem Pré-Hospitalar”	90
Anexo 8 – “Planeamento da Formação em Serviço – SIV Amarante 2011”	91
A - Questionário de Necessidades Formativas / Situações Problema SIV Amarante	92
B – Diapositivos da Apresentação dos Resultados Obtidos	93
C – Plano de Formação em Serviço – SIV Amarante 2011	94
Anexo 9 – “Triagem de Resíduos Hospitalares”	95
A –Poster “Resíduos Hospitalares Não Perigosos – Grupo I e II”	96
B – Poster “Resíduos Hospitalares de Risco Biológico – Grupo III”	97
C – Foto com Colocação de Posters na Ambulância	98
Anexo 10 - Diapositivos da Sessão de Formação “Triagem em Situações de Excepção”	99

0. INTRODUÇÃO

No sentido de perseguir a excelência da prestação de cuidados de enfermagem é imprescindível a constante actualização. Assim, decidi ingressar no Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o objectivo de me desenvolver quer no plano profissional, quer no plano pessoal. A opção por esta especialização acontece devido ao facto da minha área de eleição ser o cuidado ao doente em situação crítica e família. Por outro lado, sendo a emergência pré-hospitalar o contexto em que presto cuidados espero melhorar o meu desempenho profissional.

O presente relatório enquanto unidade curricular do MEEMC visa a descrição do percurso seguido ao longo do estágio, tendo em conta o desenvolvimento das competências *“científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados”* (Decreto – Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto – Lei n.º 104/98, de 21 de Abril), previstas para o Enfermeiro Especialista, no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

A aquisição de competências não seria possível sem a realização do estágio, com a duração de 750 horas e estruturado em três módulos, cada um deles com 250 horas das quais 180 horas de contacto nos serviços. Os três módulos visam os diversos contextos de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família, alvo dos cuidados do enfermeiro especialista em EMC, sendo eles: Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e Assistência Pré – Hospitalar.

Este trabalho tem por objectivos: a contextualização e caracterização de cada campo de estágio, a realização de uma análise crítica sobre as actividades desenvolvidas em cada um deles e a descrição do meu percurso durante o estágio.

Desta forma, adoptei a metodologia da análise crítico-reflexiva das actividades levadas a cabo, no sentido de atingir os objectivos e competências previstas para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, nos domínios de competências defendidos pela Ordem dos Enfermeiros para um Enfermeiro Especialista em EMC, sendo eles: a Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; a Gestão da Qualidade; a Gestão de Cuidados; o Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais e o Domínio específico da Enfermagem Médico-Cirúrgica e abrangendo as áreas de prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. Em cada módulo desenvolvi competências e habilidades quer profissionalmente, quer pessoalmente, o que necessariamente se repercutiu nos módulos seguintes, como é demonstrado pela reflexão progressivamente mais aprofundada e, pelas actividades cada vez mais adequadas ao contextos de estágio, visando não só a minha evolução, mas também a minha contribuição para a melhoria de qualidade dos cuidados prestados. Desta forma, decidi estruturar o relatório em seis partes: Introdução; Módulo I, em que descrevo o percurso seguido no Serviço de

Urgência; Módulo II, que retrata o meu desenvolvimento em Cuidados Intensivos; Módulo III, correspondente à minha evolução no contexto da Assistência Pré-Hospitalar, o capítulo 5 em que são descritas as Competências Desenvolvidas no percurso descrito nos módulos anteriores e, por último um capítulo onde são tecidas as Considerações Finais, com o objectivo de traduzir, o mais fielmente possível, o meu trajecto real de crescimento enquanto enfermeira ao longo dos vários módulos de estágio e na sequência em que os mesmos se desenrolaram.

Os campos de estágio eleitos foram o Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano; a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e a Delegação do Porto do Instituto Nacional de Emergência Médica. A escolha dos primeiros dois prendeu-se com o facto de se tratarem de serviços com alguma diferenciação/dimensão, proporcionando um amplo leque de experiências clínicas, de gestão e formação. A opção por um estágio no Instituto Nacional de Emergência Médica poderá não parecer muito óbvia, na medida em que desempenho funções no mesmo, no entanto, a necessidade de perceber na prática qual o papel do Enfermeiro Especialista no meu campo profissional, levou-me a escolher este caminho.

O Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano é um hospital com nível de resposta médico-cirúrgica, com número de valências significativo e que recebe primariamente a população de Matosinhos e Maia, sendo unidade de referência das populações de Póvoa de Varzim e Vila do Conde. Constitui assim, um campo de estágio com vastas oportunidades de aprendizagem na área de abordagem a situações urgentes/emergentes.

A UCIP do CHVNGaia/Espinho, E. P. E. é uma unidade com 22 anos de existência, referência de um Hospital com Urgência Polivalente e, portanto, altamente qualificada, prestando cuidados ao mais alto nível de diferenciação tecnológica e humana. Sendo uma unidade polivalente recebe doentes de todas as áreas médicas/cirúrgicas, constituindo um campo de estágio de excelência na área da EEMC.

Em relação ao módulo de opção, elegi a Assistência Pré-Hospitalar, uma vez que, tratando-se de um contexto com tamanha especificidade e de alguma forma desprotegido para os profissionais que nele actuam, é crucial o desenvolvimento de competências específicas e de conhecimentos especializados em áreas muito características desta especialização como a intervenção em situações de excepção, a abordagem de vítimas de trauma e/ou pessoas em situação crítica. Sendo competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, *“cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (...) face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”* (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p. 20), o estágio em contexto pré-hospitalar é uma mais-valia, proporcionando múltiplas experiências em que a prestação de cuidados diferenciados é imposta pela gravidade dos casos abordados, sendo uma extensão da sala de emergência à rua.

Ao longo deste documento é, então, efectuada a análise crítico-reflexiva daquela que foi a minha evolução possibilitada pelas actividades realizadas em cada módulo, traduzindo-se finalmente pelas competências adquiridas.

1. MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA

Este capítulo retrata a minha evolução no estágio do Serviço de Urgência, iniciando-se por uma breve descrição da estrutura e funcionamento do serviço, seguida pelo percurso desenvolvido e tendo em conta a análise das actividades e reflexões realizadas ao longo do mesmo.

O módulo desenrolou-se no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano – Unidade Local de Saúde de Matosinhos, no período de 19-04-2011 a 19-06-2011.

Neste campo de estágio, privilegiei o desenvolvimento da área de prestação de cuidados no sentido de me ser possível acompanhar a estabilização definitiva de doentes críticos, para além da realidade pré-hospitalar em que exerço funções. Foi possível colaborar com as enfermeiras especialistas do serviço no âmbito da gestão de cuidados, de stocks e de recursos humanos. Na área da formação em serviço tive a oportunidade de realizar duas sessões, tendo dado resposta a necessidades detectadas.

1.1. ESTRUTURA / FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO

O Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano constitui o nível de resposta Médico-Cirúrgico, articulando-se com a Urgência Polivalente do H. S. João na necessidade de cuidados com nível de diferenciação superior conforme estabelecido pela Rede Hospitalar de Urgência/Emergência (Grupo de Trabalho das Urgências, 2006).

O atendimento aos doentes que acorrem ao serviço inicia-se pela triagem de prioridades, efectuada através do Sistema de Triagem de Manchester desde 2003, o que permite o apoio científico à tomada de decisão e uma melhor gestão do encaminhamento dos doentes, promovendo um atendimento mais célere e clinicamente adequado (Silva, 2009).

Para além da Sala de Emergência e de áreas de trabalho como a área médica (com sala de inaloterapia e sala de macas) e a pequena cirurgia/ortopedia, o serviço possui uma Unidade de Rápido Diagnóstico (URD) que corresponde a uma unidade de decisão clínica para onde transitam alguns doentes, não internados, enquanto aguardam resultados de exames complementares de diagnóstico ou observação por especialidades, como aliás era já preconizado pelo Grupo de Trabalho de Urgências (2006).

Incluída no serviço de urgência encontra-se também, a sala de OBS com vagas para 16 doentes e com monitorização disponível em 14 camas, sendo que 4 das mesmas constituem a Unidade de Dor Torácica (UDT). A UDT existe desde 1998, tendo como objectivo principal a avaliação diagnóstica do doente com dor torácica (ULS Matosinhos, 2007).

O SU recebe em média cerca de 250 doentes/dia e tem implementadas as Vias Verdes Coronária, AVC e Sépsis, sendo que esta última é mais recente e se encontra ainda numa fase de implementação.

a. PERCURSO DESENVOLVIDO NO SU

Conforme anteriormente referido, serão relatadas as actividades que levei a cabo no SU de acordo com os domínios defendidos pela Ordem dos Enfermeiros e os objectivos que tracei, tendo por base o documento de individualização das especialidades e que se encontram destacados (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O primeiro objectivo deste domínio consiste em **avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada**, sendo que para o atingir levei a cabo algumas actividades.

O meu estágio no serviço de urgência teve início com dois turnos de prestação de cuidados na área de Pré-Triagem, tendo havido uma situação que desde logo captou a minha atenção pelo risco de compromisso da privacidade e/ou dignidade do doente. Situando-se esta área mesmo à entrada do SU, aqueles que necessitam de ser transportados em maca são transferidos no corredor em frente à entrada, sem qualquer protecção, embora a segurança mantenha algum controlo nas entradas. Por outro lado, a triagem é realizada em condições que não são as ideais, na medida em que, quem se encontrar no corredor a aguardar a sua vez, facilmente poderá ouvir toda a comunicação enfermeiro-cliente. Esta situação levanta questões éticas na medida em que, a invasão do território e do espaço pessoal fere a dignidade do indivíduo. Além disso, a privacidade é uma necessidade e um direito do ser humano, sendo indispensável para a manutenção da sua individualidade (Pupulim e Sawada, 2002).

Na análise deste e de outros problemas, em conjunto com a Enf.^a tutora, recorri ao método de resolução de problemas de Lacombe e Heilborn (2003), que preconiza as seguintes fases: identificação do problema, análise do problema ou da oportunidade existente, identificação de alternativas, avaliações das mesmas, comunicação da escolhida e por fim, implementação desta.

Identificada e analisada esta questão, cheguei à conclusão de que as alternativas possíveis passariam pela realização de obras ou, numa fase intermédia, pela colocação de uma cortina no espaço onde os doentes são transferidos de maca. A primeira alternativa sendo a mais desejável, situa-se no nível estratégico de decisão (isto é, depende da direcção da instituição) e embora se encontrem programadas obras a curto prazo desconhecem-se quais

serão as alterações exactas a efectuar neste espaço. A colocação da cortina poderia tornar menos funcional o espaço, tendo em conta que constitui o trajecto para a sala de emergência.

A tomada de decisão, neste caso concreto, não cabe aos profissionais do SU pelo que a situação será mantida pelo menos até à reestruturação física da área. Esta reflexão conjunta não se traduziu numa melhoria efectiva da qualidade dos cuidados prestados, no entanto, promoveu a consciencialização ética e o alerta dos profissionais.

Identifiquei uma outra situação de risco, que pode inclusivamente comprometer a segurança dos utentes e que tem a ver com o transporte do doente crítico, quer ao nível intra-hospitalar, quer inter-hospitalar. Acontece que, apesar da existência de uma mala de transporte na sala de emergência, especificamente preparada para o efeito e de acordo com as *Recomendações do Transporte de Doentes Críticos* (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008), os profissionais não estavam suficientemente sensibilizados para a sua utilização.

No transporte intra-hospitalar e, principalmente, no transporte dos doentes da sala de emergência ao TAC, importa destacar que este exame é realizado num piso superior sendo necessária a realização de um percurso considerável, inclusivamente, dentro de um elevador que a qualquer momento pode avariar. Desta forma deixa de ser plausível o argumento: “temos sempre carros de emergência próximos” com que os profissionais se justificam. Por vezes, para além da monitorização (SpO₂, ECG, FR, PNI) os enfermeiros levam consigo apenas drogas como adrenalina e/ou atropina, o que não corresponde ao actualmente preconizado (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). O facto é que, casos como: a necessidade de um simples tubo orofaríngeo para permeabilizar a Via Aérea ou a necessidade de Midazolam para manter sedação de um doente entubado, poderão repetir-se a cada momento pelo que é necessário mudar a atitude dos profissionais, mudança essa que não consegui implementar ainda que tenha reflectido sobre este assunto com os mesmos e com a Enf.^a Tutora.

No caso do transporte inter-hospitalar o cenário repete-se, desta feita a justificação dos profissionais é que, dado o transporte se efectuar numa ambulância medicalizada todo o material necessário estará disponível. Sendo que isto é verdade para o material e equipamento que uma ambulância do tipo C (como uma ambulância medicalizada) legalmente terá que ter, nada se encontra determinado em relação aos fármacos (Portaria N.º 1147/2001 de 28 de Setembro). Para além disso, os profissionais não conhecem a ambulância, a sua organização, não podem ter a certeza de que os fármacos estiveram expostos às melhores condições ou se encontram dentro da validade e os tripulantes da ambulância que dispõem para integrarem a equipa serão apenas tripulantes de ambulância de transporte (uma formação muito reduzida para este nível de cuidados). Mais uma vez reflecti com os colegas com quem tive oportunidade de acompanhar transportes e com a Enf.^a Tutora mas os comportamentos mantiveram-se.

Ainda neste domínio de competências e, tendo por objectivo principal, a **tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas**, tive oportunidade de observar a abordagem de uma pessoa que deu entrada na Sala de Emergência, reflectindo acerca da forma como poderiam ter sido melhorados os cuidados prestados, no que diz respeito a uma abordagem holística e humanizada.

Tratou-se de uma cliente de 70 anos com um quadro compatível com choque séptico (provável foco infeccioso no catéter venoso central inserido para hemodiálise, apresentando taquipneia, taquicardia, hipoperfusão, hipotensão, etc.) com antecedentes de amputação bilateral dos membros inferiores, insuficiência renal crónica e diabetes mellitus.

Mais do que a abordagem clínica do caso, que não envolveu a gestão de planos terapêuticos complexos, interessou-me a perspectiva ética do mesmo. Chocou-me numa fase inicial o investimento em medidas invasivas e dolorosas numa pessoa que se encontrava numa fase final de vida. Após todo este esforço para a cliente (que manifestava uma fúria de dor a cada movimento, a cada punção) e um período bastante longo, a equipa médica (e foi uma decisão apenas sua e não multidisciplinar) decidiu finalmente cessar manobras invasivas e encaminhar a utente para a URD. Foi contactado o médico (nefrologista) responsável pela doente que estabeleceu a decisão de não reanimar a vítima, bem como a não instituição de antibioterapia e início de medidas de conforto apenas. Quanto ao conforto, este não foi promovido, pelo menos, no período em que permaneci na URD. Aliás, passar as últimas horas de vida numa maca e numa sala repleta de gente, de ruído e sem analgesia não correspondem aquilo que se preconiza para uma morte digna (Campbell, 2009).

Dois familiares (filha e neto) chegaram então à URD para visitar a doente e o médico comunica-lhes a decisão anteriormente tomada, em frente à maca onde se encontra a doente, numa sala com mais 9 utentes e respectivos familiares (uma vez que se tratava da hora das visitas). Interrelacionando os conhecimentos adquiridos na fase teórica do curso, na unidade curricular de Enfermagem em Fim de Vida, foi possível retirar as seguintes conclusões (em cada uma das 6 fases da comunicação) sobre a forma como foi levada a cabo a comunicação de más notícias:

⊕ Fase 1: Preparação - Embora a notícia tenha sido comunicada pelo profissional que melhor conhecia a doente, a preparação deveria ser levada a cabo pela equipa multidisciplinar, isto é, o enfermeiro responsável pela doente deveria ter sido implicado no processo (Caillier, 2010; McGuigan, 2009). O espaço físico não foi devidamente programado, uma vez que não foi providenciada uma sala em que todos os envolvidos pudessem sentar-se em privado, sem interrupções, tal como deve acontecer quando o doente não participa (Campbell, 2009).

⊕ Fase 2: Avaliar o conhecimento da família – O médico conhecia os familiares, aquilo que sabiam sobre o estado da doente, a sua literacia e, possivelmente, as suas concepções acerca da evolução de saúde da familiar, daí que esta etapa pudesse eventualmente ser ultrapassada.

⊕ Fase 3: Perceber o que a família quer saber – Tratando-se especificamente da comunicação da decisão de não reanimar, esta deveria ter sido discutida e previamente acordada com a família e nunca apenas comunicada, até porque seria necessário, depois, planejar metas terapêuticas, decidir se seriam implementadas apenas medidas de conforto, se poderia ser instituída antibioterapia ou não, por exemplo (Campbell, 2009). Não foi dado espaço à família para questionar ou colocar qualquer dúvida, o profissional transmitiu imediatamente a notícia, no entanto, sendo a família sua conhecida é possível que o médico tivesse já este “*know-how*”.

⊕ Fase 4: Partilhar a informação – A linguagem foi acessível, sem termos técnicos ambíguos e adaptada à família que percebeu de forma clara e inequívoca a informação.

⊕ Fase 5: Responder às reacções da família – Não foi proporcionado apoio emocional, nem espaço para as manifestações normais desta situação de crise conforme preconizado (Caillier, 2010; McGuigan, 2009). Mesmo na fase posterior à comunicação do médico nenhum enfermeiro se dirigiu aos familiares.

⊕ Fase 6: Planear e acompanhar – Embora não seja do âmbito da actuação da urgência, o acompanhamento posterior da família poderia ter sido articulado com a Enf.^a de família, principalmente tratando-se de uma Unidade Local de Saúde, na qual existe mesmo partilha de informação através do SAPE, para além da facilidade de contactos telefónicos entre os profissionais.

Depois de ter reflectido sobre este caso, discuti-o com a Enf.^a Tutora, na medida em que, de acordo com o Código Deontológico o enfermeiro tem o dever de acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, bem como *defender e promover o “direito do doentes à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida”*. Não sendo possível ao doente verbalizar, deveriam ter sido indagadas quais as vontades do doente junto dos familiares. Por outro lado, é também dever do enfermeiro *“respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas”*, pelo que podemos concluir que os profissionais têm o dever ético e deontológico de acompanhar o processo de comunicação de más notícias.

Ausculte a necessidade de formação dos enfermeiros sobre a comunicação de más notícias, tendo a enfermeira tutora referido que os mesmos não precisavam de formação nesta área. No entanto, consultei o dossier das formações anteriores e este tema nunca havia sido abordado. Questionei, ainda, acerca da existência de um espaço apropriado para este tipo de situações e sobre a motivação da equipa de enfermagem para se envolver no planeamento e intervenção e foi referido que existe uma sala que habitualmente é utilizada para o efeito e que os colegas, estão normalmente implicados no processo. Ao longo do estágio, não presenciei qualquer outra situação semelhante em que o enfermeiro participasse activamente, talvez devido à grande disponibilidade que esta intervenção implica e que o rácio enfermeiro/doente dificulta, quando não impede.

Também neste domínio, foi meu objectivo **demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família**, sendo que nas situações de emergência os eventos imprevisíveis geradores de grandes níveis de ansiedade assim o exigem. Existem, ainda, compromissos “agudos” ao nível da comunicação que exigem alguma criatividade por parte dos profissionais, de forma a adaptar as técnicas de comunicação ao cliente e/ou família. Como exemplo prático, poderei referir um doente que deu entrada na sala de emergência por um pneumotórax hipertensivo, tendo necessitado de ventilação invasiva na fase inicial. Depois de efectuada drenagem torácica, iniciou-se desmame ventilatório, fase em que foi necessário interpretar a linguagem não verbal do doente recrutando conhecimentos da unidade curricular de EMC II – módulo I.

B. Domínio da Gestão da Qualidade

A incorporação na prática dos resultados de investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências é crucial para a prestação de cuidados especializados e para a melhoria de qualidade dos mesmos.

Neste âmbito, durante a prestação de cuidados principalmente na URD e em OBS, constatei que se encontrava instituída a optimização diária dos cateteres venosos periféricos (CVP) e que, tal procedimento, consistia em trocar os adesivos (opacos e não estéreis) e realizar a “antissépsia” do local de inserção do cateter com solução alcoólica e com compressas não esterilizadas. Recorrendo não só aos conhecimentos adquiridos na fase teórica do curso (Módulo de Controlo de Infecção da unidade curricular Enfermagem Médico – Cirúrgica I), mas também à pesquisa de evidência científica disponível pude comprovar que as recomendações relativas à prevenção de infecção de dispositivos intravasculares e, nomeadamente, no que concerne aos CVP, preconizam que sejam avaliados *“diariamente sinais de sensibilidade no local de inserção, palpando através do penso opaco (...) que não devem ser removidos para visualização do local, desde que o doente não apresente sinais que levem a suspeitar de infecção relacionada com o cateter”* (Ministério da Saúde, 2006, p.20). O Programa Nacional de Controlo de Infecção recomenda, ainda, que se substituam os CVP a cada 72-96 h no adulto, para minimizar o risco de flebite exceptuando-se os casos em que existem pobres acessos venosos (Categoria IB). Por outro lado, defende que os cateteres colocados em situação de emergência sejam substituídos ao fim de 48h, devido ao maior risco de quebra na técnica asséptica (Ministério da Saúde, 2006).

Além da discussão com a Enf.^a Tutora, levei para o serviço um exemplar do mesmo Programa, no sentido de que o mesmo fosse apresentado a quem caberia a decisão de implementar ou não no serviço, no entanto, até ao final do estágio não foi mudado nenhum comportamento. Demonstrei assim, **compreender as implicações e a importância de uma prática baseada na evidência**.

Cabe ao Enfermeiro Especialista, especificamente no âmbito deste domínio de competências, **zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC** e neste âmbito promover a humanização dos cuidados. Ao longo do estágio várias experiências me levaram a perceber que as instituições se dizem centradas no utente, mas nem sempre passam do mero discurso. *“Humanizar os cuidados envolve respeitar a individualidade do Ser (...) para cuidar de forma humanizada, o profissional da saúde, principalmente o enfermeiro, que presta cuidados mais próximos ao paciente, deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam essa ação”* (Barbosa e Silva, 2007, p. 547).

Neste contexto, tive a oportunidade de assistir à colocação de um pacemaker, tendo acompanhado uma doente que se encontrava internada em OBS. Enquanto aguardávamos a chegada do cardiologista à sala, as intervenções para redução da ansiedade da doente não me pareceram ter sido suficientes. O espaço pessoal da doente, a sua totalidade, os seus medos, deveriam ser respeitados de forma a otimizar os cuidados, no entanto, apenas eu me posicionei junto da doente e levei a cabo a técnica de distração, o que fez com que as colegas dirigissem a sua atenção à utente. Não reflecti com as colegas dado que estas não faziam parte da equipa da urgência, mas experiências como esta fizeram-me ter mais atenção à minha prática, à forma como abordo os doentes e a dirigir toda a minha atenção ao doente, o que por vezes não acontecia, ainda que inconscientemente.

Outro dos objectivos deste domínio foi **zelar pela prestação de cuidados seguros**, o que implica não só basear a prática na melhor evidência científica, mas também a implementação de estratégias de redução de risco, quer para o doente, quer para os profissionais.

Nas situações de emergência em que é impossível prever o que pode acontecer, é crucial que tudo esteja pensado ao pormenor. Detectei uma situação problema, quando em plena situação de emergência um profissional levantou dúvidas sobre a diluição de um fármaco. Na sala de emergência não existe nenhum guia da farmácia para uniformizar procedimentos, aliás a forma como são diluídas várias drogas difere de enfermeiro para enfermeiro e este é um problema transversal a todo o S.U. Nesta sequência propus-me a elaborar um trabalho de pesquisa sobre todos os fármacos existentes na sala de emergência, mas este não foi aceite na medida em que uma colega num estágio anterior já o teria feito, embora não tenha sido ainda aprovado pelos devidos serviços.

Outra prática de risco que simultaneamente desrespeita as normas de controlo de infecção da instituição, consiste na punção venosa sem utilização de precauções universais, mais concretamente sem luvas, que já se encontra de tal forma interiorizada pelos profissionais, que os mesmos dizem não serem capazes da mesma destreza técnica com as mesmas. As luvas são parte do equipamento de protecção individual, universalmente recomendado pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC) desde a década de 80, cuja finalidade primordial é a protecção dos profissionais de saúde à exposição ao sangue ou outros fluídos corporais (Reis et al, 2008).

Mantive sempre uma prática coerente com a redução de risco e demonstrei ter pelo menos tanta destreza técnica quanto os profissionais do S.U., no entanto, na minha opinião esta prática teria de ser incentivada durante um período de tempo muito mais alargado e pelos profissionais de referência do próprio S.U. para que se obtivessem alguns resultados.

C. Domínio da Gestão de Cuidados

Perseguindo o objectivo de **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente** foi necessário desenvolver conhecimentos e utilizar um sistema de informação com o qual contactei pela primeira vez, o HP-HCIS[®] (Health Care Information System). Este sistema veio substituir o anterior Alert[®] e integra toda a informação clínica do doente constituindo o seu processo clínico electrónico e possibilitando a qualquer profissional de saúde a consulta de toda a informação referente ao cliente. Para além disso, o programa permite visualizar graficamente as diversas áreas de trabalho do serviço, alocando cada doente à respectiva área em que se encontra, permitindo algum controlo do fluxo de doentes.

Da experiência que tive, desenvolvi as seguintes percepções:

- ✦ O programa permite a documentação dos cuidados de enfermagem através da linguagem classificada CIPE[®]. Esta encontra-se parametrizada de acordo com a realidade da unidade de cuidados, o que se reveste de extraordinária importância tendo em vista a gestão da informação e a possibilidade de investigação gerada pela utilização de uma linguagem codificada (Pereira, 2009);
- ✦ Não possui registo de avaliação inicial do doente, o que se torna particularmente negativo aquando da admissão em OBS, no entanto, poderá ser programado a *posteriori*;
- ✦ Não é possível fazer interligação dos dados destes com o SAPE[®] o que constitui uma desvantagem tendo em conta que a partir das 24 h de permanência na urgência os registos passam a ser efectuados no SAPE[®] e que é neste sistema que os serviços de internamento operam;
- ✦ Torna-se difícil utilizar os dados produzidos pelo sistema como suporte para a passagem de dados, por exemplo, na medida em que após impressão dos registos de enfermagem surgem as notas gerais, seguidas de actividades diagnósticas, focos de atenção, diagnósticos e intervenções de enfermagem todas “misturadas” sem o encadeamento lógico do processo de enfermagem. Este aspecto gráfico dificulta, ainda, a interpretação dos dados pelos colegas dos serviços de internamento, uma vez que não têm acesso por via informática a este sistema, mas exclusivamente ao suporte papel.

Para além do SIE em uso no serviço de urgência apercebi-me, ainda, do grupo de suporte que dá apoio à prática profissional, isto é, a existência do Grupo de Reflexão e Acompanhamento da Prática de Enfermagem. Este grupo reveste-se de crucial importância, sendo constituído por profissionais de vários serviços e por docentes da Escola Superior de

Enfermagem do Porto que trabalham na operacionalização dos conceitos, resultando na aplicação da linguagem CIPE® de forma uniforme pelos diversos intervenientes (GRAPE, 2008).

Nos oito turnos que realizei em OBS tive oportunidade de reflectir sobre a documentação do plano de cuidados dos doentes internados com a Enf.^a tutora, chegando à conclusão de que há diagnósticos que são sistematicamente nomeados por mera rotina e que, por vezes, não são uma tradução fiel das necessidades de cuidados dos doentes, como por exemplo: *Risco de Úlcera de Pressão Em Grau Reduzido* em pessoas completamente autónomas, sem qualquer factor de risco associado. Além disso, notei que focos de atenção ou mesmo diagnósticos como ansiedade, por exemplo, nunca foram nomeados embora se verificassem em muitos doentes, dada a sua instabilidade e situação crítica. Este facto é, ainda mais preocupante, uma vez que se trata de uma necessidade que pode ser suprida pelas nossas intervenções autónomas. Tendo reflectido sobre esta problemática creio ter aplicado o processo de enfermagem e melhorado a informação para o processo de cuidar: os diagnósticos, as intervenções e a avaliação do mesmo processo, perseguindo a excelência na prestação de cuidados.

Em relação à **capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar** não me foi possível cumprir todas as actividades a que me propus. No entanto, promovi a assessoria aos enfermeiros nomeadamente em dúvidas que surgiram no âmbito do Suporte Imediato de Vida e outras relacionadas com o acesso intra-ósseo. Para além disso, em conjunto com os restantes colegas em estágio, desenvolvemos vários trabalhos que sendo da nossa área de especialização e encontrando-se referidos noutra área de competências, contribuíram para a melhoria de desempenho dos enfermeiros.

Reportando-me à **supervisão do exercício profissional na área de EEMC** e contrariamente à experiência anterior que possuía no âmbito da articulação pré-hospitalar/hospitalar, fiquei positivamente surpreendida, na medida em que os colegas da pré-triagem ouvem atentamente a passagem de informação dos tripulantes que trazem os doentes, sem juízos de valor e independentemente da sua formação. Tal facto reveste-se de crucial importância, tendo em conta que estes profissionais estiveram no local e, por vezes, só eles nos podem dar determinadas informações que asseguram a continuidade dos cuidados (INEM, 2008).

Foi-me possível colaborar na **gestão dos cuidados na área da EEMC** ao longo de vários turnos em que acompanhei a Enf.^a tutora, tendo efectuado gestão de stocks quer ao nível de farmácia, quer ao nível de materiais de hotelaria. Os pedidos são realizados mediante um programa informático destinado apenas à gestão (CPC®) e tendo em conta o nível de stocks determinado superiormente. Estes pedidos são feitos semanalmente. Acresce que o estudo dos níveis de stocks fica desta forma muito facilitado na medida em que o programa informático

poderá realizar automaticamente as médias de quantidades de materiais gastos no ano anterior e assim permitir ajustes nos stocks recomendados.

Quanto à avaliação dos riscos da desadequação de recursos humanos, estes têm vindo a ser sobejamente estudados, dada a actual conjuntura de crise e os rácios desadequados enfermeiro/doente. A prestação de cuidados na URD, é um exemplo de uma prática de cuidados de risco, quando os mesmos 3 enfermeiros destacados por turno têm que dar resposta não só às necessidades dos 10 doentes que é suposto, mas também a mais 10 (ou até mais) que se encontram na antecâmara e/ou corredor, para além de terem que dar resposta numa fase inicial às Vias Verdes Sépsis que forem activadas. Estudos de investigação demonstram que existe uma forte ligação entre a dotação de enfermeiros e a segurança dos doentes. Para além disso, o cálculo daquela que será a dotação segura de enfermeiros deverá ter em conta o n.º de doentes, as necessidades individuais, a intensidade dos cuidados, por exemplo, factores que não são minimamente considerados neste contexto (Campos, 2006). Além disso, o método de trabalho utilizado é o método em equipa, que não permite uma abordagem individualizada e/ou holística e dificulta a responsabilização dos profissionais que eventualmente cometam um erro (Pinheiro, 1994). Embora todos os profissionais com quem reflecti, concordassem que naquela unidade o melhor método de trabalho seria o individual para evitar erros gerados pelos múltiplos prestadores de cuidados e para possibilitar a humanização dos mesmos, tal não é possível devido ao rácio enfermeiro/doente.

D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Um dos objectivos projectados foi a **comunicação de aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral**. No que se refere à comunicação a enfermeiros poderei destacar a realização de uma sessão de formação acerca dos cateteres venosos centrais de hemodiálise, cuja necessidade foi diagnosticada no âmbito de uma situação de emergência, em que os enfermeiros manifestaram dúvidas acerca da manipulação do mesmo. Assim, foi realizada pesquisa de evidência científica acerca desta matéria, tendo-se elaborado uma breve abordagem teórica. O trabalho foi disponibilizado ao serviço no sentido de partilhar o conhecimento com os profissionais que não tiveram oportunidade de assistir à formação em serviço (Anexo 1).

Quer neste trabalho, quer nos posters apresentados no serviço (e que serão referidos na área de competências seguinte), houve a preocupação de exemplificar a documentação dos cuidados de enfermagem utilizando a linguagem classificada CIPE.

Comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas foi um dos objectivos que não atingi completamente na medida em que não expus nenhum estudo de caso perante a equipa, como havia sido programado. No

entanto, realizei outras actividades que me permitiram dar resposta ao mesmo. Os trabalhos apresentados constituem formas de comunicação de prática clínica baseada na evidência, bem como as discussões acerca da documentação e planeamento de cuidados.

Mantive, de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, tendo identificado os factores que interferem com esse processo. Cheguei à conclusão que a insegurança, que atribuo à minha idade e curta experiência profissional, bem como o facto de não ser extrovertida limitam, por vezes, o meu percurso que poderia ter tido melhores resultados se tivesse sido capaz de ultrapassar estas características na totalidade. Senti, ainda, alguma dificuldade em adaptar-me ao ambiente hospitalar, na medida em que, desde a licenciatura que não voltei a este ambiente de cuidados. Além disso, foi para mim um entrave ter que aguardar por algumas decisões na abordagem aos doentes na medida em que no meu quotidiano, apesar de actuar em equipa, sou eu que tenho de tomar de decisões e organizar a prestação de cuidados no contexto do suporte imediato de vida. Reconheci os meus limites e solicitei ajuda sempre que não possuía a experiência necessária ou alguma dúvida me ocorria. Fiz um grande esforço no sentido do desenvolvimento de conhecimentos específicos da área da EEMC, tendo recorrido à pesquisa de bibliografia para suprir algumas dúvidas que foram surgindo em estágio, nomeadamente, no âmbito da ventilação invasiva/não invasiva, na farmacologia, na abordagem ao doente com sépsis e, ainda, nas especificidades relativas à manipulação do cateter venoso central de hemodiálise. Mostrei sempre grande disponibilidade e iniciativa para abordar novos temas e desenvolver novas aprendizagens tendo agarrado todas as experiências clínicas que se traduzissem no aumento do meu conhecimento e prática especializada.

Reflecti na e sobre a minha prática, de forma crítica não só em contexto de estágio, mas também na minha vida profissional, em que passei a ter uma abordagem mais humana aos doentes e a basear a minha prática na evidência científica, principalmente no que diz respeito às intervenções autónomas. Segui o modelo reflexivo de Gibb citado por McGuigan (2009) e que consiste em seis estádios sendo eles a descrição (isto é, descrever o que realmente aconteceu); os sentimentos (pensar no que senti devido a cada um dos acontecimentos); a avaliação (determinar o que foi positivo e/ou negativo na experiência); a análise (que sentido foi possível retirar da situação); a conclusão (o que poderia ter sido melhorado) e, finalmente, o plano de acção (ou seja, a determinação do plano de acção caso volte a acontecer uma situação semelhante).

O objectivo de **colaborar na integração de novos profissionais** não me pareceu plausível na prática, na medida em que se trata de um curto espaço de tempo até para nos integrarmos, pelo que seria demasiadamente ambicioso integrar um novo profissional. Quando questioneei a existência de um manual de integração no serviço, responderam-me positivamente, mas ao longo de todo o estágio não consegui encontrá-lo. No entanto, no Manual da Qualidade da Unidade encontram-se perfeitamente definidas quais as competências

dos enfermeiros em cada um dos postos de trabalho do S.U. podendo este ser tomado como documento de referência para as competências a desenvolver.

Foi **promovido o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros**, não só pela assessoria prestada, mas também pelas sessões de formação em serviço e pela partilha de experiências profissionais e, ainda, dos resultados da pesquisa de evidência científica.

Ao longo do relatório fui referindo várias **necessidades formativas identificadas na área da EEMC**, no entanto, apenas duas foram objecto de sessões de formação, sendo elas a manipulação do catéter venoso central de hemodiálise e a abordagem ao doente submetido a cateterismo cardíaco. Em todo o caso, foram **formuladas e analisadas várias questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica**. Há que dar particular relevo à desmotivação da equipa no que se refere à formação em serviço. De acordo com Guerra (2008) os indivíduos estarão pouco motivados quando não acreditam que a formação se traduzirá em benefícios. São identificados três tipos de benefícios associados às actividades de desenvolvimento que quando existentes ou percebidos aumentam a probabilidade de participação: 1) Benefícios pessoais que ajudam no desenvolvimento pessoal e profissional, (ajudam a desenvolver, melhorar o seu trabalho); 2) Benefícios de carreira que ajudam no desenvolvimento do seu curriculum, progressão de carreira, aumento de salário, promoção, avaliação de desempenho; 3) Benefícios profissionais que ajudam no desenvolvimento das suas actividades, avaliação de desempenho. No presente caso, encontrando-se a progressão na carreira congelada e sendo que se vive na urgência um forte sentimento de insegurança, tendo em conta as baixas taxas de ocupação de OBS e a redução do número de enfermeiros por turno, torna-se crucial redesenhar a formação de forma a que os profissionais sintam que esta se traduz no seu desenvolvimento pessoal e profissional, levando a cabo acções que, de facto, vão de encontro às suas necessidades. Como exemplo, há que referir que na acção sobre CVC de hemodiálise os próprios profissionais nos procuravam para tentar participar na mesma.

E. Domínio específico da Enfermagem Médico - Cirúrgica

Neste âmbito desenvolvi a capacidade de **gestão e interpretação de informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada**, tendo recrutado conhecimentos da fase teórica do curso, nomeadamente das unidades curriculares de EMC I, Patologia e Terapêutica e EMC II, bem como da Pós-Graduação em Urgência e Emergência anteriormente efectuada. A experiência da formação inicial foi também crucial na medida em que foi nesta apenas, que tive contacto com o meio da emergência hospitalar.

O facto de contactar indirectamente com a Triagem de Manchester no meu quotidiano e no contexto de articulação pré-hospitalar/hospitalar, fez com que desenvolvesse a percepção de que existiria alguma variabilidade nos critérios aplicados por triadores diferentes. Sendo uma área muito própria da EMC senti necessidade de desenvolver conhecimentos sobre o mesmo método, motivada também pela curiosidade anteriormente mencionada.

De acordo com Silva (2009, p. 37), a triagem de prioridades é uma etapa crucial de qualquer situação em que o número de doentes excede a capacidade de resposta dos serviços de saúde, condicionando *“todos os processos de gestão posteriores e sendo determinante para a definição dos circuitos de encaminhamento de doentes e os cuidados ministrados”*. A adopção de uma metodologia de triagem por parte dos hospitais foi um percurso natural, na medida em que se encontram, na generalidade, sobrecarregados com mais doentes do que era suposto tratarem. Em Portugal, o Sistema de Triagem de Manchester já constitui a norma nacional em função do número significativo de Hospitais em que se encontra implementado (Grupo de Trabalho das Urgências, 2006).

A triagem de prioridades tem como pré-requisitos a capacidade de interpretação, discriminação e avaliação, sendo cruciais o raciocínio clínico, o reconhecimento de padrões, a formulação de hipóteses, a representação mental e em menor grau a intuição (Silva, 2009). A tomada de decisão é apoiada por algoritmos com opções estruturadas, facilitadoras do raciocínio necessário e promotoras de uniformidade de critério.

Durante os quatro turnos que efectuei na Triagem tive oportunidade de observar estes pressupostos na prática. Em relação à variabilidade triador/triador verifiquei que embora diferentes profissionais possam enveredar por diferentes fluxogramas perante um mesmo quadro de sinais/sintomas, a consistência dos algoritmos faz com que seja obtida a mesma prioridade na generalidade dos casos.

Por outro lado, senti a necessidade de perceber a lógica de enquadramento das Vias Verdes existentes no serviço nos parâmetros da Triagem de Manchester, uma vez que este sistema de triagem se baseia na identificação de critérios de gravidade, de forma objectiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido, enquanto que as Vias Verdes se fundamentam em algum grau de suspeita de determinado diagnóstico.

No que concerne à Via Verde Coronária esta poderá ser relacionada com o algoritmo “Dor torácica”, no qual os discriminadores correspondentes traduzem os sintomas de presunção clínica de Síndrome Coronário Agudo, sendo que “dor pré-cordial”, “dor”, “disritmia” e “dispneia” correspondem a prioridade muito urgente (laranja).

Em relação à Via Verde AVC, não existe nenhum algoritmo de “suspeita de AVC” porque a triagem é baseada na queixa de apresentação, mas a existência do discriminador “Défice Neurológico Agudo” em vários algoritmos associados em que se poderão enquadrar doentes com AVC, nomeadamente: “Cefaleia”, “Comportamento Estranho”, “Convulsões”, “Embriaguez Aparente”, “Estado de Inconsciência”, “Indisposição no adulto” ou “TCE” permitem uma vez mais que os sintomas característicos de um AVC correspondam a um doente muito urgente (laranja) na Triagem de Manchester (Silva, 2009). No caso da Via Verde Sepsis o mesmo não

acontece, devido à grande variabilidade de apresentações e/ou queixas dos doentes, o que poderá ser problemático porque poderão não ser activadas vias verdes quando necessário e em função das prioridades o encaminhamento destes doentes poderá ser muito divergente.

Sendo a Via Verde Sépsis uma realidade muito recente, eu e os colegas a estagiar no mesmo serviço, aquando do acompanhamento de algumas activações da via verde sépsis, detectamos a necessidade de sistematizar os conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros na formação teórica, principalmente no que se refere ao processo de enfermagem, tendo em conta a orientação dos profissionais para a gestão de sinais e sintomas e para as intervenções interdependentes. Decidimos partilhar este conhecimento através da elaboração de um poster, em que a informação é apresentada de forma mais apelativa e sucinta, ao invés de o fazer mediante uma acção de formação formal que exigiria maior disponibilidade dos enfermeiros. Assim, o poster foca o papel do enfermeiro na abordagem ao doente com sépsis, sendo evidenciada a sua intervenção desde a admissão do doente na Triagem de Manchester. Para a elaboração do mesmo realizamos uma pequena abordagem teórica, que disponibilizámos ao serviço para que possa servir de instrumento de consulta (Anexo 2).

Para além deste tema, detectamos a necessidade de desenvolver uma abordagem teórica sobre os cuidados ao doente submetido ao cateterismo cardíaco, uma vez que apesar da existência da UDT os cateterismos são realizados apenas no H. S. João e depois os doentes regressam à referida unidade, tendo-nos sido manifestadas pelos enfermeiros algumas dúvidas relacionadas quer com o procedimento em si, quer com os cuidados após o mesmo. Na fase final do estágio tivemos a oportunidade de realizar uma formação em serviço sobre este assunto, que teve como objectivos a uniformização de procedimentos e a sensibilização dos enfermeiros para a prática baseada na evidência. A partilha desta informação foi, ainda, efectuada através de um poster no sentido de constituir um instrumento de fácil consulta (Anexo 3). Foi desta forma **demonstrado um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC**, sobretudo na abordagem da falência orgânica.

A **prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica** foi uma área privilegiada ao longo do estágio, na medida em que as horas que inicialmente previ para formação e gestão não foram utilizadas conforme o planeado. Tive desta forma oportunidade de efectuar vários turnos na sala de emergência, tendo desenvolvido conhecimentos em áreas que não dominava, nomeadamente: no desmame ventilatório, nos cuidados ao doente com drenagem torácica e na administração de aminas, protocolos complexos diferentes daqueles que estou habituada a gerir. Nestes turnos na sala de emergência tive oportunidade de prestar cuidados tecnicamente exigentes, nomeadamente, colaboração na abordagem de via aérea e drenagem torácica, tendo antecipado e respondido atempadamente a focos de instabilidade nas pessoas em situação crítica.

2. MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS

Este capítulo visa retratar o percurso desenvolvido no módulo de Cuidados Intensivos, que se desenrolou na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, E. P. E., seguindo a lógica de apresentação anterior. O referido módulo decorreu de 4 de Outubro a 27 de Novembro de 2010.

De acordo com o Ministério de Saúde (2003, p. 6) Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos são *“locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”*. Devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada (por intensivista) e em presença física nas 24 horas. Pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, devendo dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos.

Sendo competências do Enfermeiro Especialista em EMC de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2007, p. 20) *“cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (...) e maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”*, o estágio em Unidades de Cuidados Intensivos é imprescindível para o desenvolvimento destas competências clínicas, na medida em que nos proporciona as experiências necessárias a este percurso.

2.1. ESTRUTURA / FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO

A UCIP foi criada a 6 de Julho de 1988 enquanto serviço orgânico – funcional dotado de autonomia técnica, materiais e recursos humanos próprios, com a missão de prestar cuidados de saúde diferenciados ao doente crítico do foro médico e/ou cirúrgico, com níveis elevados de qualidade e eficiência. Ao longo da sua existência a unidade foi acompanhando o progresso tecnológico, tendo sofrido há dois anos obras de ampliação e melhoramento.

O serviço é constituído por dois pisos, sendo que no superior se encontram os vestiários, copa, gabinetes da Directora Clínica e Enfermeira Chefe, sala de reuniões (onde se desenrolam as passagens de turno e sessões de formação do serviço), enquanto que no piso inferior se encontra a unidade propriamente dita, constituída por 12 camas, sendo que duas das unidades são quartos de isolamento (com pressões negativa e/ou positiva conforme

necessário). O sector administrativo, a sala de sujos e o “armazém” improvisado de materiais localizam-se igualmente no piso inferior. A Unidade possui, ainda, no seu exterior uma sala de espera para as visitas com várias cadeiras e televisão.

A equipa multidisciplinar UCIP é constituída por médicos com formação em intensivismo, enfermeiros, assistentes operacionais e técnica administrativa, recebendo apoio de outros técnicos como fisioterapeutas e de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica.

A UCIP recebe 10 doentes, na medida em que não detém meios humanos para assegurar cuidados aos 12 doentes que poderia receber. Aliás, no que concerne ao número de enfermeiros do serviço possui apenas 30 elementos ao invés dos 4/5 enfermeiros por cama para assegurar o horário na totalidade conforme defendido pelo Ministério da Saúde (2003).

As unidades dos doentes encontram-se dotadas de todo o material individualizado recomendado e encontram-se dispostas em L à excepção dos quartos de isolamento que se situam logo à entrada. Do balcão central não é possível observar todos os doentes o que constitui desde já uma limitação, já que este balcão é o único que se encontra dotado de uma central de monitorização. Assim sendo, as unidades 8, 9 e 10 não permitem uma linha de visão directa enfermeiro-doente, como seria desejável (Ministério da Saúde, 2003).

Os quartos de isolamento encontram-se logo à entrada do serviço, o que implica que todos os profissionais, visitas e equipamentos tenham que passar por este espaço, por outro lado, havendo necessidade de transferência de um doente isolado para uma unidade exterior, este terá que atravessar todo o serviço o que condiciona um maior risco de infecção.

a. PERCURSO DESENVOLVIDO NA UCIP

Este módulo foi a prova de que o projecto de estágio é dinâmico e exige alterações contínuas, consoante o contexto em que nos encontramos. Se no início do estágio eu achava pertinente focar-me na especialização clínica e na alta diferenciação dos cuidados prestados na UCIP, durante a segunda semana de estágio comecei a perceber que havia outras prioridades que traduziam melhor um percurso de especialização. Deste modo, das 120 horas de prestação de cuidados que havia previsto anteriormente ao estágio realizei apenas 84 tendo dedicado 101 horas às áreas de gestão / formação / investigação.

Tal alteração pareceu-me pertinente uma vez que, dado o facto de nunca ter tido contacto com uma UCI, não seria possível atingir um elevado grau de perícia técnica nem mesmo nas 120 horas. Quanto aos cuidados à pessoa em situação crítica, foquei-me sobretudo em áreas que dominava menos, mas que são pertinentes para a minha prática profissional como, por exemplo, a ventilação invasiva e o suporte farmacológico de amins, que não sendo frequentes no contexto do Suporte Imediato de Vida em que exerço funções, uma vez que não são da nossa autonomia nem se encontram protocolados, se tornam cruciais na interacção com equipas VMER ou HELI tendo em conta que embora a equipa seja experiente e inicie estas medidas terapêuticas, o acompanhamento do doente é realizado muito frequentemente pelo

enfermeiro SIV em conjunto com o médico exigindo outros conhecimentos para os quais a experiência quotidiana do enfermeiro é limitada.

A atribuição de maior carga horária áreas de gestão / formação / investigação permitiu-me desenvolver mais enquanto pessoa e enquanto profissional, tendo em conta que me foi possível levar a cabo actividades que são características do conteúdo funcional de um enfermeiro especialista (e que não tinha tido oportunidade de desenvolver anteriormente) e que para além de tudo, foram úteis para suprir algumas necessidades do serviço. Estas actividades serão apresentadas seguidamente, de acordo com os objectivos e domínios a que se referem. Importa ressaltar que várias actividades foram realizadas em conjunto com um colega de curso que se encontrava no mesmo campo de estágio, dado tratarem-se de objectivos comuns e de actividades complexas.

A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

No sentido de **avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada** notei que a infra-estrutura da unidade possui numa fachada, janelas com vidro normal. Durante o dia presenciei em algumas equipas a abertura dos estores com objectivo de captar a luminosidade natural, factor crucial para a produção de melatonina e manutenção de um ritmo circadiano normal (Rabiais, 2009). No entanto, acontece que do exterior é possível visualizar a UCIP e os doentes que nela estão internados, comprometendo a sua privacidade e mesmo a dignidade. De acordo com Pupulim e Sawada (2002, p. 435) *“A privacidade é uma necessidade e um direito do ser humano, sendo indispensável para a manutenção da sua individualidade”*. O enfermeiro tem que reconhecer que o paciente possui: o direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Tem o direito a um local digno e adequado para seu atendimento, o direito a manter sua privacidade. Por outro lado, caso os familiares dos doentes internados circulem por esse lado do edifício que é uma das entradas mais frequentes, poderão sentir que os doentes estão expostos, diminuindo a confiança depositada na equipa UCIP, sendo que esta é uma das necessidades mais frequentes na família (Verhaeghe et al, 2005; Gavaghan e Carroll, 2002).

Tal situação seria facilmente resolvida através da aplicação de película, semelhante à utilizada nas ambulâncias para minorar esta falha. No entanto, apesar de ter reflectido sobre este aspecto com os colegas, estes referiram que várias tentativas foram realizadas neste sentido, mas a direcção não tomou qualquer medida. Assim considero ter identificado práticas de cuidados que possam comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente e planeando estratégias de intervenção para minorar as mesmas, embora não tenha sido possível implementar as mudanças desejadas.

Outro dos objectivos deste domínio consistiu em **demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.** Durante a prestação de cuidados deparei-me diariamente com doentes com compromisso ao nível da comunicação, quer devido à presença de tubo endotraqueal, quer devido a uma traqueotomia ou meramente pela sua situação fisiopatológica, pelo que adaptei as técnicas de comunicação utilizadas ao cliente. Sendo a Enfermagem, a arte e ciência do cuidar de pessoas é necessário um processo de interacção entre quem cuida e quem é cuidado, pelo que a troca de informações e de sentimentos entre essas pessoas é inevitável (Zinn et al, 2003).

A importância da comunicação é tal que afecta a recuperação do doente e o tempo de internamento; influencia os níveis de ansiedade e conforto do doente; interfere com sensações como: isolamento, autocontrolo e autodeterminação (Flinke et al, 2008). “*O comprometimento de funções cerebrais e sensoriais, não implica sempre a ausência de percepção por parte do doente, verifica-se sim alteração na expressão do que é percebido*” (Zinn, 2003; p. 327). Assim, a comunicação é o processo que permite a interacção entre o doente e o enfermeiro e que exige deste último uma habilidade extra, por exemplo, em doentes sedados como é o caso de grande parte dos doentes da UCIP. Deste modo, é crucial que o enfermeiro seja capaz de utilizar formas de comunicação alternativas já que “*não há como não nos comunicarmos, com ou sem intenção, sempre há a transmissão de mensagens uma vez estabelecida a interacção*” (Zinn, 2003; p. 327) e tendo isto presente, temos que comunicar aquilo que é pretendido e não deixar passar mensagens de linguagem corporal que não sejam as mais adequadas.

Nesta sequência, surge como forma de comunicação não-verbal o toque terapêutico. Ainda de acordo com o autor anterior, os estudos demonstram que o toque de familiares, enfermeiros e médicos pode ser o suficiente para alterar o ritmo cardíaco do paciente, chegando a diminuir quando os enfermeiros tocam as suas mãos. Assim, recordo duas situações vivenciadas no estágio: a primeira foi a de uma doente com agitação psicomotora após o desmame ventilatório e que após o simples facto de lhe segurar a mão e falar com a mesma de forma calma, reduziu a sua ansiedade; a segunda tratou-se de uma doente que se encontrava cada vez menos reactiva apesar do nível de sedação se manter constante e que, após sentir o toque de uma filha (incentivada por mim) esboçou vários esforços de tentativa de abertura dos olhos.

Como em qualquer contexto de cuidados, é necessário perceber rapidamente qual o nível sócio-económico da família para que a comunicação se possa efectuar eficazmente, através da utilização de uma linguagem adaptada. No contexto de cuidados intensivos este aspecto é particularmente importante, uma vez que dado o risco de vida iminente os familiares necessitam de ter informação concisa e verdadeira acerca do estado clínico do doente, sendo esta uma das suas necessidades mais prementes (Verhaeghe et al, 2005; Gavaghan e Carroll, 2002). Considerando a gravidade dos quadros clínicos e a dificuldade em traduzir os mesmos aos familiares, este foi um dos factores que sempre tive em conta nas entrevistas informais

com os mesmos, certificando-me que estes verbalizavam a compreensão da informação que lhes fora transmitida.

B. Domínio da Gestão da Qualidade

Incorporei na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências e desenvolvi o esforço de **aplicar a evidência** apreendida não só na parte teórica do curso, mas também no âmbito da pesquisa individual. O controlo de infecção foi uma das áreas que mais esforço me exigiu, na medida em que, devido à minha experiência profissional se restringir à prática pré-hospitalar adquiri vários “vícios profissionais” que não se coadunam com o contexto de cuidados intensivos, em que o ambiente controlado e invasivo exige uma prática de controlo de infecção rigorosa.

Uma das práticas UCIP que não está de acordo com a evidência científica é a troca dos sistemas de propofol, que na unidade é realizada de 24/24 h quando deveria ser efectuada a cada 6 a 12 horas de acordo as recomendações do Programa Nacional de Controlo de Infecção (Ministério da Saúde, 2006). Embora os enfermeiros tenham conhecimento deste facto e, reconheçam o aumento do risco de infecção e custos associados ao tratamento do doente mantêm esta prática, mesmo depois de confrontados com a evidência científica.

Para atingir o objectivo de **zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC**, promovi a humanização dos cuidados na área da EEMC de várias formas. Sendo uma UCI humanizada aquela em que os enfermeiros têm a mesma atenção consigo, com os colegas e com os doentes e familiares (Silva, 2001), tentei estar disponível para o diálogo com os doentes e familiares sempre que possível e aplicável e incutir nos colegas o mesmo sentido de responsabilidade neste âmbito. Além disso, mantive, como acima referido, uma comunicação eficaz com os doentes e realizei toque terapêutico aos mesmos, para além dos momentos das rotinas. Esta atitude levou outros colegas a reflectirem comigo sobre a importância destas intervenções.

Por outro lado, o início da concepção do projecto de investigação sobre o “Diagnóstico de Necessidades de Familiares dos Doentes internados na UCIP”, em conjunto com o colega, que poderá vir a ser implementado pelo serviço posteriormente, alertou os enfermeiros para a oportunidade de melhorarem os cuidados prestados no que se refere à relação enfermeiro/famílias.

Devido à gravidade e instabilidade do estado dos doentes na UCI, os profissionais de saúde dirigem, frequentemente, toda a sua energia para o acompanhamento clínico do doente, focando-se na sua avaliação, observação, monitorização de complicações e gestão da tecnologia. A intenção de suporte à família está muitas vezes presente, mas na realidade as necessidades dos familiares são amplamente negligenciadas (Bijttebier et al, 2001; Holden et al, 2002). Como prestadores de cuidados holísticos, os enfermeiros devem ser capazes de

entender o efeito profundo que uma situação crítica tem na família e, consequentemente, identificar as necessidades dos seus membros nesta crise para poderem intervir correctamente, já que são os profissionais que se encontram mais próximo dos familiares e do doente (Gavaghan e Carroll, 2002; Bijttebier et al, 2001). Um cuidado de enfermagem humanizado é aquele envolve a família no processo de tratamento, sendo que este envolvimento traduz resultados positivos quer para os doentes, quer para as família (Verhaeghe et al, 2005), motivo pelo qual iniciámos este projecto (Anexo 4).

A promoção de uma prática profissional segura e dos processos de melhoria de qualidade é outra das actividades determinante para a consecução deste objectivo. Neste âmbito constatei que a revisão do carro de emergência não é efectuada de forma sistematizada, nem existe uma *checklist* para o efeito, o que me parece uma grande lacuna na medida em que neste serviço há uma grande casuística de situações de emergência e a falha na reposição de algum material pode originar consequências drásticas para o doente. De acordo com a WHO (2008) as *checklists* contrariam as falhas humanas por omissão, sendo que estes erros acontecem, mais frequentemente, quando há uma grande sobrecarga de informação, interrupções ou distrações (como outros procedimentos emergentes), sobrecarga de trabalho e desmotivação dos profissionais, realidade vivida neste momento na UCIP. Na partilha desta reflexão com os colegas fui informada de que existe um grupo específico para a gestão do carro de emergência, no entanto, estes não realizaram qualquer prática para reduzir este risco e não me foi possível, durante o estágio, contactar com nenhum dos colegas que integram o grupo.

Uma das actividades planeadas foi conhecer as normas da Comissão de Controlo de Infecção, no entanto, estas não se encontram acessíveis no serviço, pelo que me guiei pelas normas do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (Ministério da Saúde, 2007). Em todo o caso, é visível o esforço dos enfermeiros da Unidade nesta área, não só pela observação da prática dos cuidados, mas pelas diversas sessões de formação efectuadas. Apesar de tudo e, de acordo com a Enf.^a Dinamizadora da CCI na UCIP, as auditorias realizadas na unidade revelaram que continuam a ser descurados procedimentos como os “5 momentos de higienização das mãos” (Sax et al, 2007) e que a UCIP continua com elevadas taxas de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. Infelizmente, não me foi possível aceder aos dados da CCI, mas penso que seria crucial que os mesmos fossem apresentados aos profissionais numa curta sessão durante a passagem de turno para que os mesmos reflectissem sobre a importância da prática baseada na evidência na área do controlo de infecção, não só pelos custos acrescidos, mas principalmente pelas consequências que representam para a qualidade de vida dos doentes. A formação típica nesta área já demonstrou não ser suficiente uma vez que existe uma elevada taxa de absentismo nas sessões dedicadas ao controlo de infecção conforme foi possível concluir, não só pela participação nas sessões, mas também pela avaliação das sessões de formação do ano de 2010, cujos dados foram analisados, como resposta a um outro objectivo.

Em relação à supervisão da aplicação das normas de Controlo de Infecção, verifiquei algumas incongruências por parte dos assistentes operacionais que corriji prontamente, nomeadamente o facto de não trocarem de luvas na limpeza de unidades diferentes. Outra situação-problema na UCIP é o facto de os profissionais de saúde externos à unidade entrarem no serviço com as fardas do serviço de que provêm e, muitas vezes, nem se quer utilizarem os equipamentos de protecção individual (avental, máscara e luvas) quando justificado, o que predispõe à infecção cruzada (Hallouët et al, 2006). Este é já um problema antigo para o qual os profissionais da UCIP estão despertos, no entanto, a directiva teria de partir dos órgãos de gestão.

Perseguindo o objectivo de **zelar pela prestação de cuidados seguros**, verifiquei que uma das áreas de gestão de risco que necessita de ser trabalhada é a distribuição de doentes que deveria ter por base a monitorização da carga de trabalho e o risco de infecção cruzada. Isto é, na UCIP a carga de trabalho é monitorizada através da escala “Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score” no entanto, independentemente da carga de trabalho o número de doentes atribuído a cada enfermeiro é sempre o mesmo. Isto é particularmente arriscado, quando um enfermeiro se encontra a tratar de um doente infectado num dos quartos de isolamento e tem atribuído um outro doente sem qualquer infecção, devido ao elevado risco de infecção cruzada acrescido pelo cansaço do profissional (WHO, 2008), no entanto, pressupõe uma decisão dos órgãos de chefia.

Outra prática de risco detectada foi o facto de os profissionais sistematicamente retirarem com a mão as agulhas das seringas (após a preparação de medicação), ao invés de as desconectarem directamente no contentor de cortantes, o que se pode traduzir num acidente com corto-perfurantes (WHO, 2010). Sensibilizei os colegas em relação a este risco e apliquei na prática a evidência científica como estratégia de redução do mesmo, tendo-se traduzido na adesão dos enfermeiros a este comportamento.

Colaborei num estudo de investigação na área da nutrição do doente crítico, **demonstrando compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência** a decorrer na unidade, através da recolha de dados para o mesmo estudo, tal foi possível devido ao facto de a minha tutora ser membro da Comissão Hospitalar de Nutrição. A investigação consistia no estudo retrospectivo de vários doentes que tendo tido alta do serviço receberam suporte nutricional variado (alimentação entérica ou parentérica) na UCIP. As variáveis colhidas eram o suporte nutricional a que o doente foi sujeito, os indicadores de adequação da nutrição tais como os valores de albumina sérica, proteínas totais, a glicemia, a insulina administrada para manter o controlo glicémico, bem como outros factores que influenciam o estado nutricional de que são exemplo a hipoperfusão com necessidade de suporte de aminos (Swearingen e Keen, 2001). Esta actividade permitiu-me reflectir acerca das necessidades nutricionais do doente crítico e sobre os parâmetros que traduzem a sua adequação.

Para além da participação na investigação anterior como referi anteriormente e, em conjunto com um colega de curso no mesmo serviço, iniciei a concepção de um projecto de investigação que embora necessite de ser trabalhado, dado o escasso número de horas que tivemos para nos dedicarmos a tal ambição, traduz um projecto que será implementado pelos enfermeiros da UCIP, segundo a Enf.^a Chefe. Este projecto visa dar resposta a múltiplos objectivos pelo que a justificação da sua elaboração será explicitada posteriormente.

C. Domínio da Gestão de Cuidados

Neste domínio **desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente**, tendo tido oportunidade de aplicar o processo de Enfermagem, melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do mesmo processo, perseguindo a excelência na prestação de cuidados, embora a documentação dos cuidados esteja limitada à parametrização do serviço. No entanto, fui reflectindo sobre o planeamento de cuidados com os restantes colegas no sentido de evoluir da simples gestão de sinais e sintomas, para uma enfermagem voltada para as transições experimentadas não só pelo doente, mas também pela família como defendido por Meleis (2007).

O sistema de informação utilizado no serviço para a documentação dos cuidados de Enfermagem é o PICIS® – Critical Care Manager, programa com o qual nunca havia contactado, mas ao qual facilmente me adaptei tendo procedido à documentação dos cuidados autonomamente desde uma fase muito precoce do estágio. Existe um computador em cada unidade dotado deste software, o que possibilita registo automático em tempo real de parâmetros vitais provenientes do monitor, bem como dos dados provenientes do ventilador. Todos os registos dos cuidados de enfermagem desde vigilâncias, diagnósticos e intervenções interdependentes são efectuados neste suporte informático.

O sistema permite, por exemplo, verificar automaticamente o balanço hídrico, os fluidos de entrada e de saída, os fármacos administrados, entre outros, efectuando se o utilizador assim o desejar, gráficos de determinados parâmetros como o mesmo balanço hídrico no período determinado pelo profissional, o que pode facilitar a monitorização da evolução do estado do doente.

A percepção que tive acerca desta documentação de cuidados é que leva a que se descurem determinados aspectos do acompanhamento do doente. Nos turnos de prestação de cuidados que efectuei, muito raramente presenciei que colegas consultassem o processo clínico do doente, onde constam algumas informações que não estão disponíveis no programa, nomeadamente, pormenores sobre o diagnóstico de admissão e histórico do doente que podem condicionar uma perspectiva necessariamente diferente em alguns focos de atenção da prática de Enfermagem.

A documentação dos cuidados de enfermagem tem por base a linguagem classificada CIPE® Versão 1 (ICN, 2005), tendo sido parametrizados, por enfermeiros da UCIP, os focos de

atenção mais frequentes no serviço. Estes profissionais desenvolveram um manual no sentido de uniformizarem os registos, tendo realizado, também, uma sessão de formação em serviço sobre essa mesma uniformização dos registos, aquando da sua implementação. No entanto, penso que os profissionais de enfermagem continuam a não ser uniformes, principalmente na atribuição de juízos diagnósticos e isso é evidente pelas constantes mudanças na designação do mesmo, sem que haja alteração do estado do doente.

Este sistema de informação permite seguir a linha de pensamento do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) defendida pela Ordem dos Enfermeiros, podendo desde que gerido de forma adequada ser utilizado para: promover a melhoria da qualidade (usando informação acerca dos resultados obtidos com os cuidados de enfermagem), bem como para identificar padrões de necessidades de cuidados de enfermagem na população abrangida pela UCIP (Pereira, 2009).

O sistema inclui as 3 categorias de elementos que o RMDE deve conter: elementos de enfermagem, elementos sócio-demográficos e elementos do serviço (Pereira, 2009). No entanto, esta informação não é gerida de forma a maximizar o seu potencial. Um exemplo deste facto é a intensidade de trabalho do enfermeiro que, embora calculada automaticamente pelo sistema, não muda em nada a prática no serviço. Isto é, quer a intensidade de trabalho seja a máxima ou mínima, o número de elementos por turno é imutável, independentemente das necessidades a que é premente responder.

Existe, ainda, no sistema alguma duplicação de informação, uma vez que nas vigilâncias, por vezes, se repetem informações relativas a intervenções de enfermagem, o que se traduz no aumento de tempo dedicado à documentação de cuidados de enfermagem. Por outro lado, em cada turno é necessário validar novamente todo o plano de cuidados o que exige algum tempo para a documentação total, repercutindo-se num aumento da carga de trabalho dos enfermeiros.

Neste planeamento de cuidados, não há nenhum espaço dirigido à documentação de dados relativos aos familiares do doente, que deverão ser também alvo de cuidados de uma Enfermagem Avançada (Verhaeghe et al, 2005). Outra percepção que desenvolvi foi a de que os enfermeiros da UCIP mantêm uma forte orientação dos cuidados para a “Gestão de Sinais e Sintomas” (o que se deve ao estado crítico dos doentes), descurando o desafio já referido do avanço para uma enfermagem focada nas “transições”. Se nos doentes este trabalho de adaptação não é muitas vezes possível, dada a sua condição patológica, nos familiares é essencial a sua reconfiguração à situação e a promoção de mecanismos de adaptação para fazer face a esta situação de crise (Bettinelli e Erdmann, 2009).

Outro dos défices apresentados pelo SIE referido é o facto de não ser possível a transferência dos seus dados para os sistemas utilizados pelos diversos serviços. Para assegurar continuidade de cuidados após alta da UCIP é necessário escrever uma nota de alta de enfermagem, sendo que o programa não permite, ainda, a impressão do plano de cuidados. Tive oportunidade de escrever a nota de alta do único doente que transferi, no entanto, a

continuidade de cuidados seria otimizada caso a documentação dos mesmos fosse realizada uniformemente por todos os serviços.

No sentido de **demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, adaptei-me à dinâmica da equipa e do serviço, promovendo a partilha de experiências interpessoais** e recorrendo à ajuda da enfermeira tutora sempre que necessário. Apesar de tudo, não me limitei às rotinas dos serviços e procurei ser elemento de mudança, promovendo uma maior interacção com os doentes e familiares.

O estabelecimento da comunicação eficaz com a equipa multi e interdisciplinar foi muito facilitado pela interacção que mantive com os mesmos nas acções de formação realizadas no serviço, que para além disso, me proporcionaram a partilha de experiências e saberes oriundos de outras disciplinas, enriquecendo o meu percurso pessoal e profissional.

Quanto à **realização da gestão dos cuidados na área da EEMC**, foi possível colaborar com a Enf.^a Chefe na área de gestão relacionada com os recursos humanos e, particularmente, no que diz respeito à sua formação, como posteriormente explorado. Durante o estágio e, em conjunto com o colega de curso, foi realizado o tratamento de dados referentes à avaliação das sessões efectuadas no âmbito do Plano de Formação 2010, com o objectivo de perceber o grau de satisfação em relação a cada uma das sessões, efectuar uma apresentação em suporte informático à Enf.^a Chefe e um poster resumo para apresentar a informação à equipa. A pertinência desta actividade justifica-se pela tentativa de perceber as causas do elevado absentismo que se tem verificado nas mais recentes sessões de formação em serviço. Durante a mesma, percebemos, ainda, que havia a necessidade de alterar a folha de avaliação das sessões de formação, dado que esta não possuía a data de realização da mesma e as escalas de avaliação se apresentavam um pouco confusas (Anexo 5).

O método de trabalho adoptado pela UCIP é o método individual que baseia no cuidado global e implica a afectação de x doentes a um enfermeiro de acordo com a “Carga de Trabalho” (Pinheiro, 1994 cit. por Costa, 2005). Acerca do método, importa destacar que se trata de um cuidado não fragmentado, sendo a totalidade dos cuidados assegurado pelo mesmo enfermeiro durante o seu turno de trabalho, sendo que este assume a responsabilidade total por aquele doente. A organização dos cuidados é gerida pelo enfermeiro de acordo com as necessidades identificadas. No entanto, pode haver uma certa fragmentação aquando do fim do turno. A responsabilidade de supervisão e avaliação dos cuidados é da responsabilidade das chefias, que mantêm um poder decisório nas etapas de todo o processo de enfermagem (Costa, 2005).

Ainda em relação ao método adoptado e tendo em conta a bibliografia supra-citada, o método individual de trabalho pressupõe que o número de doentes atribuídos a um enfermeiro seja proporcional à sua necessidade de cuidados, isto é, de acordo com a carga de trabalho originada. Na UCIP embora a carga de trabalho seja monitorizada automaticamente pelo sistema informático, através da escala “*Nine Equivalent of Nursing Manpower Use Score*”, isso não traduz qualquer mudança na gestão dos recursos humanos, uma vez que em cada turno

há sempre 5 enfermeiros e cada um deles tem sempre 2 doentes. Os responsáveis de turno procuram gerir a situação atribuindo um doente que corresponda a maior carga de trabalho e um outro que corresponda a menor. Avaliando os vários riscos que advêm desadequação dos recursos humanos, é possível concluir que a exaustão dos enfermeiros provocada por elevadas cargas de trabalho predispõe a erros. Por outro lado, o mesmo enfermeiro que cuida de um doente infectado com microrganismos multirresistentes, cuida também de doentes não contaminados existindo um grande risco de infecção cruzada caso sejam descuradas algumas medidas de controlo de infecção, erro também predisposto pela elevada carga de trabalho (WHO, 2008).

D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Tendo como objectivo **comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico**, tive a oportunidade de discutir os planos de cuidados dos clientes a quem prestei cuidados com a minha tutora e restantes enfermeiros utilizando a linguagem classificada CIPE®, aquando da documentação no programa PICIS®.

Por outro lado fui capaz de comunicar eficazmente, em conjunto com o colega de curso em estágio, os resultados obtidos quer no âmbito da avaliação do Plano de Formação UCIP 2010 (já citado), quer do Diagnóstico de Necessidades Formativas dos Enfermeiros UCIP (abordado posteriormente).

Produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparei e demonstrando na prática a capacidade de abordar as necessidades das famílias de forma holística tendo em conta as diferentes soluções sobre os problemas de saúde que experimentam, nomeadamente através da construção e apresentação do projecto de investigação já citado e que visa a determinação das necessidades dos familiares.

Mantive, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional através da realização de pesquisa bibliográfica, continuamente, acerca do doente crítico/família com o objectivo de suprir e antecipar dúvidas surgidas em estágio. Por outro lado, a partilha de experiências e receptividade às opiniões da enfermeira tutora, complementaram o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

O “Diagnóstico de Necessidades Formativas dos Enfermeiros UCIP”, trabalho realizado em conjunto com o referido colega, foi realizado com o intuito de dar resposta a vários objectivos, entre os quais: **identificar as necessidades formativas na área da EEMC; promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; promover a formação em serviço na área de EEMC; formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma,**

sistemática e crítica e avaliar as causas de desmotivação relacionadas com a formação em serviço UCIP.

Para além das necessidades identificadas, com vista à elaboração de um plano de formação em serviço para 2011 que responda às necessidades reais dos enfermeiros e que, por isso promova a sua adesão, foi possível analisar situações problema que não sendo directamente colmatadas por formação podem levar a baixas taxas de adesão à mesma. Assim, o questionário de necessidades formativas foi elaborado tendo em conta um espaço destinado à reflexão dos profissionais sobre estas problemáticas de maior complexidade, promovendo simultaneamente o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Foi possível retirar inúmeras conclusões da realização deste trabalho conforme se poderá confirmar pela sua consulta. Além do tratamento dos dados foi elaborada um ficheiro powerpoint para apresentar os resultados obtidos à Enf.^a Chefe, bem como um poster resumo dos mesmos para apresentar à equipa durante as passagens de turno (Anexo 6).

E. Domínio específico da Enfermagem Médico - Cirúrgica

A prestação de cuidados neste contexto exigiu o recrutamento de vários tipos de informação provenientes quer da formação inicial (nomeadamente fisiologia e patologia, bem como técnicas de enfermagem), quer da formação durante o MEEMC nomeadamente de unidades curriculares como Patologia e Terapêutica, Enfermagem Médico – Cirúrgica I e II. Ao longo da experiência clínica aperfeiçoei a capacidade de observação, interpretação, avaliação, intervenção e resolução de problemas graças a essa gestão de informação.

Durante a prestação de cuidados privilegiei o desenvolvimento de conhecimentos sobre as áreas de EEMC que me poderiam ser mais úteis para a minha actividade profissional, dado o reduzido período de tempo que dispunha. Deste modo, privilegiei as áreas de ventilação mecânica invasiva (tendo desenvolvido conhecimentos acerca dos modos ventilatórios, dos parâmetros de monitorização mais significativos para cada um dos modos e das alterações fisiológicas condicionadas pela VMI), o suporte farmacológico com aminas vasogénicas (não só a ambientação com os protocolos de preparação e diluição UCIP, como a colaboração na gestão terapêutica complexa das doses/resposta, que na UCIP é efectuada pelos enfermeiros) e, ainda, a falência orgânica (tendo sido possível identificar na prática focos de instabilidade dos doentes, embora nem sempre o *timing* de admissão dos doentes tenha permitido a detecção precoce dos mesmos).

Este módulo do estágio obrigou-me a uma vasta pesquisa bibliográfica na medida em que nunca tinha contactado com uma UCI e que procedimentos que numa unidade deste tipo são básicos, para mim constituíram um desafio porque apenas os abordei no contexto da licenciatura. Como exemplo posso referir o facto de nunca ter tido contacto com uma linha arterial nem com outros tipos de monitorização invasiva, o que exigiu um forte esforço de estudo individual.

Penso, assim, ter **demonstrado como resultado final um nível aprofundado de conhecimentos na área da EMC.**

A participação em sessões de formação com a equipa multidisciplinar promoveu, também, o aprofundamento de conhecimentos nesta área de especialização, tendo tido oportunidade de participar em sessões submetidas aos temas “Prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador” e “Higienização das Mãos: uma responsabilidade partilhada”.

Durante a prestação de cuidados deparei-me com uma realidade que nem sempre coaduna com uma enfermagem excelente, tendo demonstrado, através de algumas actividades, **consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC.** A primeira situação foi a recepção à família nem sempre efectuada de forma a satisfazer completamente as suas necessidades.

A realização do trabalho de investigação, para além de dar resposta ao objectivo anterior, foi um avanço na implementação de um novo projecto na área de EEMC, pelo que posso considerar que conjuntamente com o colega de curso no mesmo serviço, iniciei um processo de **liderança da equipa com vista à melhoria da qualidade de cuidados prestados** à família da pessoa em situação crítica.

Outra área que poderia ser optimizada na UCIP é o equilíbrio sensorial e aspectos tão simples como a diminuição do ruído, pelo menos durante o período nocturno. Já Nightingale (1854) cit por Rabiais (2009) referia que “*Ruído desnecessário ou ruído que crie expectativas no espírito é isso que fere o doente*”, mas actualmente continuamos a não dar resposta a esta necessidade de cuidados. De acordo com Rabiais (2009) o ruído pode ser responsável por perturbações na concentração e na percepção auditiva; alterações de humor; stress e depressão. Estes efeitos poderiam ser reduzidos mediante a aplicação de medidas simples como: Diminuição das fontes de ruído ambiental (encerramento de portas e cortinas da unidade); evitar fontes de ruído (principalmente no período nocturno); desligar o equipamento que não está a ser utilizado; baixar os volumes dos alarmes dos monitores e equipamentos e minimizar a presença de equipamentos tecnológicos na unidade do doente; nenhuma destas é realizada na UCIP.

Como estratégia de sensibilização dos enfermeiros para o problema, pensei realizar tapetes de rato com a informação dos níveis máximos de ruído adequados ao descanso numa UCI (45 Db durante o dia e 35 Db durante a noite (Biley,1995), seguidos dos níveis de ruído provocados por um suspiro (29 Db), uma conversa normal (50 Db), o alarme de um ventilador (90 Db), um telefone (74 Db), por exemplo. Não efectuei esta actividade na medida em que o colega de estágio realizou tapetes de rato com temas relacionados com o controlo de infecção, deixando de fazer sentido a impressão de suportes semelhantes.

A gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos foi limitada pelo reduzido número de horas de prestação de cuidados, no entanto, fui capaz de **prever complicações e monitorizar a adequação das respostas**, nomeadamente no que se refere à

sedação, terapêutica com drogas vasoactivas, adequação do suporte nutricional e manutenção de perfil glicémico normal.

Durante a prestação de cuidados privilegiei a optimização do conforto da pessoa em estado crítico e a gestão da dor. Exemplo disso, foi uma situação em que um doente referiu dor abdominal após palpação efectuada pelo cirurgião, com a intenção de avaliar uma hérnia umbilical. A médica da UCIP prescreveu analgesia, mas tratava-se da hora da visita e era suposto, de acordo com a prática corrente da unidade, aguardar pelo final da mesma. No entanto, o doente estava cada vez mais desconfortável e a esposa a ficar cada vez mais ansiosa, não se encontrando a Enf.^a tutora na Unidade, decidi a favor do conforto do doente e em detrimento do risco de infecção (justificação dos profissionais) que não me pareceu significativo e coloquei a analgesia em curso. Posteriormente, a Enf.^a tutora questionou o porquê de não ter aguardado, ao que respondi que o doente tinha dor, tinha necessidade da intervenção, estava desconfortável e a esposa ansiosa, podendo a falta de intervenção fazer com que a mesma deixasse de confiar que o doente teria o melhor tratamento possível e a mesma concordou comigo, para além de me ter felicitado por prestar cuidados com elevado grau de humanização.

3. MÓDULO III – ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Este capítulo descreve o percurso desenvolvido no módulo de Assistência Pré - Hospitalar, que se desenrolou na Delegação Regional do Porto do Instituto Nacional de Emergência Médica, tendo decorrido de 29 de Novembro de 2010 a 29 de Janeiro de 2011. A descrição segue a lógica dos capítulos anteriores.

3.1. CARACTERIZAÇÃO SUMÁRIA DA INSTITUIÇÃO

O Instituto Nacional de Emergência Médica foi criado na década de 80, tendo vindo a registar um crescimento exponencial. O INEM tem como função apoiar e coordenar as actividades na área da emergência médica, dando origem à medicalização do sistema através do atendimento da chamada de socorro e do envio de equipas médicas altamente diferenciadas ao local da ocorrência.

Na sua organização, o INEM possui diversos subsistemas sendo eles: o CODU (responsável pelo atendimento de chamadas de emergência, accionamento de meios adequados à situação, acompanhamento das equipas no local e articulação com unidades hospitalares); o CODU – MAR (com as mesmas responsabilidades que o CODU, mas referindo-se ao atendimento de tripulações de embarcações); o CIAV (responsável pelo aconselhamento dos profissionais do pré e intra hospitalar e da população em geral, quando se verifica qualquer tipo de intoxicação) e o Transporte de Recém – Nascidos de Alto Risco (com esse mesmo objectivo).

O INEM possui, ainda, diversos meios com diferenciação variada. Ao nível do Suporte Básico de Vida podemos referir as ambulâncias SBV (tripuladas por dois TAE) e Moto de Emergência (tripulada por um TAE). Ao nível do Suporte Imediato de Vida possui as ambulâncias SIV (tripuladas por um enfermeiro e um TAE). Ao nível do Suporte Avançado de Vida possui as Viaturas Médicas de Emergência (tripuladas por um médico e um enfermeiro), bem como o Serviço de Helicópteros de Emergência Médica com tripulação semelhante.

O módulo de estágio no contexto pré-hospitalar seguiu um percurso pré-determinado, deste modo, realizei 1 turno numa ambulância de Suporte Básico de Vida (12 horas), 1 turno no CODU (6 horas), 8 turnos em ambulância de Suporte Imediato de Vida (96 horas) e 10 turnos em Viatura Médica de Emergência e Reanimação (60 horas).

3.2. PERCURSO DESENVOLVIDO

Neste módulo do estágio não tive qualquer dificuldade em estabelecer desde início quais os objectivos a atingir dado tratar-se do meu contexto de trabalho. Desde o início que soube que privilegiaria as áreas da formação e gestão, dado que a prestação de cuidados não traria grandes novidades, embora cada situação seja, potencialmente, uma oportunidade de aprendizagem, principalmente em meios diferentes daquele em que actuo habitualmente.

Tendo em conta a rigidez da estruturação dos vários turnos a efectuar e a imprevisibilidade das activaões, não me foi possível seguir o planeamento previamente efectuado no que concerne à distribuição de turnos por áreas de gestão, formação e prestação de cuidados. A metodologia seguida foi a realização de actividades de gestão e formação durante os períodos em que não tinha activaões nos diversos meios.

As actividades realizadas no estágio, são desenvolvidas seguidamente.

A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Obedecendo ao objectivo de **tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas, bem como avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada**, várias reflexões e actividades foram desenvolvidas.

Sendo o contexto pré-hospitalar rico em situações de conflitos ético-legais, é exigido dos diversos profissionais intervenientes no sistema uma grande capacidade de liderança efectiva na tomada de decisão (sobretudo na área da EEMC), acrescendo a este facto que as decisões têm de ser tomadas num curto espaço de tempo e com um elevado número de incertezas dada a pouca informação a que têm acesso e os ambientes de risco com que se deparam.

Um exemplo de conflito ético-legal, que os profissionais do pré-hospitalar frequentemente vivenciam, decorre das activaões para situações de PCR. Acontece que, por múltiplos factores, quando as equipas de socorro chegam ao local deparam-se com vítimas cadáveres e acabam por proceder apenas à verificação do óbito. Depois disto poder-se-á proceder de duas formas distintas, sendo estas: a chamada da autoridade policial e de saúde ao local, para que possa investigar a situação devidamente, quando se trata de morte de causa indeterminada ou com sinais de morte violenta (Decreto Lei n. 11 /98), ou contactando o médico de família para que seja assegurada a certidão de óbito por um profissional que conhecendo a história clínica do doente ateste que, pelos seus antecedentes, se trata de uma morte natural não necessitando de ser submetida a exames médico-legais. De acordo com o Decreto – Lei N.º 411/98, mesmo não se verificando a suspeita de morte violenta ou de causa indeterminada, cabe à autoridade da polícia coordenar os procedimentos de remoção do cadáver, ainda que o mesmo não tenha que ser submetido a exames médico - legais.

Nem sempre os profissionais procedem desta forma devido à necessidade de rapidamente conseguirem libertar o meio de uma situação burocrática e, impensável quando outras vidas são postas em causa pela impossibilidade de apoio de um meio tão diferenciado como a VMER, mas acabam por correr o risco de compactuar com irregularidades.

Há situações em que é efectuado contacto telefónico com médicos que se comprometem a certificar óbitos, mas o contexto social, económico e familiar deixa algumas dúvidas quanto à causa de morte, pelo que senti necessidade de discutir com as equipas algumas das situações em que intervi, **contribuindo para a tomada de decisão ética e legalmente fundamentada**. Além disso, alguns dos médicos contactados, nitidamente desconheciam quem eram as pessoas e os seus antecedentes o que do ponto de vista ético e deontológico não pode estar correcto.

Ao longo do estágio identifiquei, ainda, uma prática de cuidados que poderá, em alguns casos, dificultar a promoção de uma morte digna, na medida em que visa a implementação de medidas terapêuticas invasivas e, por vezes, desprovidas de significado clínico em alguns cenários. De acordo com o Código Deontológico *“O enfermeiro no respeito do direito da pessoa à vida, durante todo o ciclo vital, assume o dever de: (...) participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida; recusar a participação em qualquer forma de (...) tratamento cruel, desumano ou degradante”*. Especificamente no que concerne aos doentes terminais, a deontologia profissional (expressa pela Lei n.º 111/2009) implica ainda, que *“o enfermeiro ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal (...) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas”*. Neste âmbito, há que reflectir acerca das limitações dos protocolos de actuação em Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida. No contexto específico do socorro às vítimas de PCR (por este meio), independentemente dos antecedentes, é suposto que sejam iniciadas manobras SIV, a menos que a vítima manifeste sinais de morte evidente (rigidez cadavérica, avançado estado de decomposição ou decapitação), de acordo com o que se encontra instituído nos protocolos, pelo Departamento de Emergência Médica (INEM, 2007).

As aulas de Direito da Saúde foram de crucial importância, na medida em que me alertaram para a hierarquia das leis, isto é, para o facto de nenhum regulamento de uma instituição se poder sobrepor a uma lei. Obviamente, que um profissional com consciência ética e pensamento crítico encontra, habitualmente, formas de justificar a decisão de não reanimar, encontrando fugas aos protocolos quando os mesmo não se coadunam com a *leges artis*. Reporto-me, por exemplo, a clientes em final de vida que deviam ser paliados e não sujeitos a medidas desprovidas de sentido (Campbel, 2009), a vítimas em PCR sem suporte básico de vida em longos períodos de tempo compatíveis com sequelas irreversíveis e qualidade de vida muito inferior ao estadiu anterior (chegadas ao local de ocorrência com cerca de 20 a 25 min

de atraso), situações que se traduzem na inutilidade das intervenções ou mesmo em obstinação terapêutica e que vão contra aquilo que é o conhecimento actual (ERC, 2010).

O conhecimento desta protecção legal sustenta a decisão de não cumprimento estrito dos protocolos, quando assim se justifica. A partilha deste conhecimento e reflexão conjunta com a equipa sobre este assunto veio trazer mais um **fundamento à tomada de uma decisão ético-legal**, desenvolvendo nos profissionais um pensamento crítico e maior humanização nos cuidados prestados, cumprindo com aquelas que são as suas responsabilidades sociais e éticas enquanto enfermeiros.

Durante este estágio e, ainda neste domínio, tive oportunidade de presenciar três situações em que as habilidades comunicacionais dos enfermeiros são de facto cruciais, tendo **demonstrado conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família**. Trataram-se de activações para situações que viemos a identificar como crises de ansiedade, isto é, situações de crise nas quais o estabelecimento de uma relação de ajuda é crucial para minorar o nível de stress e para que o processo de adaptação à transição a que se refere, seja iniciado tão brevemente quanto possível.

De acordo com Phaneuf (2005), a crise não emerge necessariamente de um acontecimento traumático, mas da interpretação que a pessoa faz de um acontecimento, da sua incapacidade para o gerir. Os níveis de ansiedade elevados poder-se-ão traduzir na necessidade de uma intervenção urgente por parte do enfermeiro.

Reflectindo acerca das situações em contexto de estágio e mesmo em outras activações que tive no meu contexto profissional, tive a percepção que os profissionais no contexto pré-hospitalar descaram no geral o aspecto relacional da sua profissão. Tendo-se deixado impressionar pela evolução da tecnologia e pela aplicação destes meios “as enfermeiras atribuíram-lhes um lugar muito grande (...) relegando para segundo plano o trabalho relacional (...) susceptível de ajudar as pessoas cuidadas”. (Phaneuf, 2005, p.10).

Compreendo e atribuo, ainda, esta postura à frustração de responderem a chamadas que seriam supostamente emergências médicas e que, no final, são situações que embora necessitando de intervenção não seriam justificativas do empenho de um meio como a VMER, ou como uma Ambulância SIV. Por outro lado, a possibilidade de o meio estar a ser necessário para situações mais críticas, agrava este sentimento nos profissionais. No entanto, urge voltar a reconhecer que o trabalho relacional do enfermeiro, desde que com uma intencionalidade precisa, se traduz no aumento exponencial da qualidade dos seus cuidados. Aliás, a falta de uma relação válida é factor de desumanização dos cuidados, despersonalizando o papel do enfermeiro.

No ambiente pré-hospitalar, a relação é muitas vezes tornada automática e impessoal. Os próprios procedimentos institucionais são dirigidos frequentemente à gestão de sinais e sintomas, o que se torna no único objecto de preocupação dos enfermeiros. Ao invés da essência da enfermagem, isto é, ajudar a pessoa a viver a doença e apoiá-la na recuperação da saúde, predomina uma filosofia mecanicista (Phaneuf, 2005). Claro que este tipo de

abordagem fragmentada é imprescindível quando a própria vida está em risco, mas sempre que as necessidades fisiológicas básicas estão asseguradas cabe-nos assistir o cliente (doente ou saudável) nas actividades necessárias à sua saúde, à sua recuperação ou à sua morte pacífica e que ele desempenharia independentemente caso tivesse a força, a vontade ou os conhecimentos necessários para o fazer (Henderson cit. por Tomey e Alligood, 2002).

Dada a conjuntura actual e as exigências quotidianas que as comunidades enfrentam, os profissionais da emergência pré-hospitalar, têm vindo a verificar um aumento de chamadas para crises conversivas, embora não reúna dados estatísticos que o comprovem.

No nosso sistema de emergência era suposto que os profissionais do INEM requisitassem a intervenção do CAPIC sempre que necessário, no entanto, no meu ponto de vista, este serviço encontra-se subaproveitado, pela forma como se encontra estruturado. Acontece que devido ao facto de existirem somente duas psicólogas (para toda a região Norte) e apenas em horário laboral (encontrando-se à chamada nos restantes períodos) o apoio torna-se, muitas vezes, inviável. Os profissionais “do terreno” habituados à indisponibilidade ou atraso do serviço acabam por não mais solicitar o apoio CAPIC dado não fazer sentido no *timing* que demoram a responder. O CODU, por sua vez, também não sugere muito habitualmente a sua activação.

Sendo os enfermeiros os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento de uma resposta saudável aos processos de transição (Meleis, 2007), achei que faria sentido o desenvolvimento de conhecimentos teóricos para fundamentar a minha prática e de habilidades comunicacionais num contexto tão específico como a intervenção em situação de crise (tão frequente nesta área). Além disso, a duração do contacto que desenvolvemos neste contexto com os clientes, limita a nossa intervenção, pelo que é crucial que este contacto precoce seja eficaz logo à partida, para minorar os elevados níveis de ansiedade.

Além do exposto, importa referir que a abordagem da pessoa em situação de crise constitui uma das necessidades formativas identificadas na SIV Amarante, pelo que o trabalho de pesquisa teórica que elaborei poderá constituir um instrumento base para a formação que se encontra agendada para o final do ano (Anexo 7).

Para além da melhoria da minha prática, o desenvolvimento deste trabalho visa a partilha de conhecimentos com os restantes colegas de equipa, tendo sido partilhado na base SIV Amarante, em dossier criado com o propósito de partilhar informação acerca das necessidades identificadas. Espero incutir nos colegas, através da minha abordagem, o espírito crítico-reflexivo necessário para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

B. Domínio da Gestão da Qualidade

Neste domínio, haveria necessidade de rever os protocolos SIV, dado que já têm mais de 3 anos de existência e, balizando a intervenção dos enfermeiros, limitam de certa forma a aplicação da evidência científica na prática profissional. Um exemplo claro desta situação é o

protocolo de PCR se manter, apesar da aprovação das novas guidelines em que, por exemplo, se recomenda a não utilização da atropina ao contrário do que era prática anterior (ERC, 2010). Infelizmente, a revisão dos protocolos será apenas efectuada pelo DEM.

No sentido de **zelar pela prestação de cuidados seguros**, colaborei na gestão de risco. Durante o estágio, realizou-se a mudança de base da SIV Amarante das instalações do Centro de Saúde para o Hospital S. Gonçalo. A equipa passou de instalações muito próximas do ideal para outras com várias deficiências. Reportando-me a essa mesma colaboração, verifiquei que, no pequeno espaço existente para arrecadação de todo o material, as garrafas de oxigénio se encontravam mesmo junto do quadro eléctrico. Não existindo possibilidade de armazenamento do mesmo noutro local até pela distância à ambulância, a alternativa possível passou por colocar as garrafas no lado oposto ao quadro eléctrico.

C. Domínio da Gestão de Cuidados

O objectivo de **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente** foi facilmente atingido tendo em conta que se trata do meu contexto de trabalho. Foi-me possível, assim, reflectir de forma aprofundada sobre alguns aspectos ligados à gestão dos cuidados.

No ambiente pré-hospitalar os cuidados ao doente são documentados tendo por base uma linguagem clínica, importando reflectir sobre a não existência de um Sistema de Informação em Enfermagem. A CIPE[®] é ignorada neste contexto. Importa aqui ressaltar que o único meio em que os enfermeiros são responsáveis pelos registos é no contexto SIV, no entanto, o impresso para tal utilizado não se encontra adaptado aos cuidados de enfermagem, na medida em que se trata da utilização de verbetes da VMER. Tal facto dever-se-á à perspectiva da informatização brevede toda a documentação dos cuidados prestados.

Para além dos verbetes, existe ainda, uma plataforma que não sendo oficialmente do INEM apoia toda a gestão de horários e permite inserir não só os eventos a que cada meio responde (gerando automaticamente a casuística de cada meio), mas também efectuar vários outros registos, como por exemplo, um relatório de turno se tal for necessário. Este programa está claramente desadequado aos meios SIV, na medida em que só permite, por exemplo, inserir dados de uma vítima por cada evento. Sendo a SIV um meio diferenciado, assume a responsabilidade por todas as vítimas que avalia e não apenas pela que transporta. Por outro lado, estes eventos não ficam sinalizados como sendo situações multivítimas o que altera os dados estatísticos do meio.

Antes mesmo da referida plataforma ter sido criada, a equipa SIV Amarante criou um ficheiro *Excel*[®] com o objectivo de obter essa mesma casuística e poder analisá-la ou mesmo efectuar estudos sobre a mesma, publicando os seus resultados. No entanto, esta apresenta várias lacunas, sendo que é registada a avaliação de cada vítima, não nos é possível perceber,

por exemplo, qual o número de activações que tivemos, mas apenas o número de vítimas avaliadas.

Por outro lado, os tempos monitorizados eram apenas o de chegada ao local e o tempo de intervenção no local, falhando a avaliação dos tempos de chegada ao hospital e de permanência no mesmo até à disponibilidade do meio. Esta falha foi identificada por mim e prontamente resolvida em conjunto com o colega que elaborou o ficheiro.

O ficheiro permite a estatística automática de: número de fármacos utilizado ao invés do protocolo utilizado, possui registo em campo livre das intervenções que assim sendo não são contabilizadas, não possui a monitorização dos procedimentos técnicos efectuados o que se torna extremamente redutor, tendo em vista os dados produzidos para a enfermagem, uma vez que não permitem dar visibilidade nem à sua intervenção, nem a qualquer outra fase do processo de enfermagem.

A não implementação de uma linguagem comum no meio pré-hospitalar prejudica o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão e ciência limitando o estudo da actividade e a gestão da informação. Além disso, impede o seguimento das orientações da Ordem dos Enfermeiros que, com a implementação da CIPE[®], poderia: promover a melhoria da qualidade (usando informação acerca dos resultados obtidos com os cuidados de enfermagem), bem como para identificar padrões de necessidades de cuidados de enfermagem na população abrangida e contribuir para definição do perfil de competências e justificação da necessidade de manter os enfermeiros no pré-hospitalar tendo em conta a mudança de orientação de filosofia de sistema de emergência que se antevê com a criação dos TEPH (Pereira, 2009).

Nos estágios efectuados na VMER tive oportunidade de colaborar nas diversas rotinas estabelecidas, o que me permitiu **conhecer a dinâmica da equipa e do serviço e demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar**. Fui-me apercebendo que apesar de existirem regras padrão, emanadas pelo INEM sobretudo no que concerne à carga e equipamentos da VMER, cada equipa adoptou aquilo que considerou fazer mais sentido e mais adequado à sua realidade. Desta forma, a realização da checklist tornou possível a percepção da organização dos materiais, permitindo-me uma colaboração mais eficaz na prestação de cuidados em conjunto com a equipa.

Apesar de algumas diferenças nos protocolos, a actuação em contexto VMER segue a abordagem da vítima internacionalmente definida, o ABCDE, comum aos meios SIV pelo que o objectivo acima referido foi facilmente atingido.

Ao longo das activações que fui tendo, além de ter colaborado na prestação de cuidados de forma autónoma, como seria de esperar de alguém que trabalha na área, partilhei com os colegas qual a minha experiência em contexto SIV, nomeadamente, qual é que seria a actuação em casos semelhantes. No entanto, nas variadas situações que experienciei na VMER não senti que tivesse feito mais pelas vítimas do que teria acontecido se actuasse em SIV, até porque muito poucas situações se traduziram em risco de vida iminente para as pessoas assistidas.

Promovi assessoria aos enfermeiros e restante equipa não só ao nível técnico, mas principalmente nas tomadas de decisão mais complexas.

No que se reporta ao estágio em contexto de SBV, este não constituiu para mim qualquer mais valia, uma vez que para além de ser bombeira há mais de 12 anos, sou também formadora da Escola Nacional de Bombeiros nesta área. Não considero que seja pertinente para o contexto da EEMC, uma vez que se traduz num tipo de actuação que não corresponde aos padrões de intervenção de um enfermeiro.

Nas cinco activações que tive, apenas na primeira haveria necessidade de uma intervenção mais diferenciada, o que aconteceu na realidade uma vez que houve activação de uma SIV conjuntamente.

Referindo-me especificamente a esta situação, há que reflectir acerca da gestão de meios efectuada pelo CODU. Não faz qualquer sentido que sejam activados dois meios para uma situação cuja localização implica o mesmo tempo de chegada para ambos, principalmente quando o meio mais diferenciado, adequado à situação em causa, tem capacidade de transporte.

Todas as restantes saídas foram, basicamente, transporte de doentes, sem qualquer gravidade.

Tendo em conta que um dos objectivos para este estágio foi a **supervisão do exercício profissional dos TAE**, identifiquei duas práticas que justificaram a minha intervenção, uma delas no âmbito do tratamento de feridas e outra no âmbito do controlo de infecção.

No âmbito do tratamento de feridas, verifiquei que nem sempre os técnicos utilizavam compressas esterilizadas e que, por vezes, limpavam mais do que uma ferida com a mesma compressa. De acordo com Jorge e Dantas (2002), o processo de limpeza é de importância crucial para a reparação tecidual. Por limpeza da ferida, entende-se o uso de soluções para suavemente lavar e remover bactérias, detritos, exsudados, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos e outros da superfície da ferida. Nas feridas traumáticas com resíduos, corpos estranhos, fragmentos e outros, tão características do ambiente pré-hospitalar, deve realizar-se uma limpeza cuidadosa e com baixa pressão. Pode utilizar-se uma compressa humedecida, pressionar e friccionar suavemente a ferida, utilizando apenas uma compressa por cada ferida para evitar a infecção cruzada de feridas. Como tal, no final da ocorrência dialoguei com a tripulação partilhando este conhecimento.

Outra lacuna nas suas intervenções era o facto de não respeitarem as regras de higienização das mãos. A este respeito, para além de ter reforçado o ensino sobre a eficácia da solução alcoólica que dispõem na ambulância (desde que não tenham as mãos visivelmente contaminadas com matéria orgânica), partilhei com eles a informação disponível no site da Organização Mundial de Saúde acerca da campanha “Clean Care is Safer Care” que contém toda a evidência científica justificativa dos 5 momentos de lavagem das mãos preconizados.

Ao longo deste estágio, foi-me possível **realizar a gestão dos cuidados na área da EEMC**, tendo elaborado o horário dos enfermeiros da SIV Amarante. A elaboração do horário é uma das actividades do âmbito da gestão, que consome algum tempo e exige conhecimento específico sobre a regulação laboral da carreira de enfermagem (Rangel e Évora, 2007). A existência de sistemas informáticos que apoiam esta actividade veio libertar algum tempo, facilitando a tarefa.

A SIV Amarante é um meio que, funcionando 24 horas por dia, tem na sua equipa apenas 4 enfermeiros, o que *per si* obriga desde já à atribuição de turnos extraordinários aos profissionais para que a operacionalidade do meio se mantenha a 100%. Para além disso, um dos colegas da equipa encontrava-se com baixa por doença na altura da execução do horário, agravando, mais ainda, esta situação.

Os enfermeiros na SIV realizam turnos de 12 ou 24 horas, tendo em conta as necessidades do serviço e não seguindo um *roullment* determinado. Aliás, os enfermeiros têm a hipótese de colocar na plataforma, na qual são efectuados os horários, as disponibilidades que gostariam de ter e mediante as possibilidades, o enfermeiro responsável de base terá em conta as solicitações. Outros aspectos a ter em conta são: a distribuição equilibrada de um número de turnos extra por elemento; distribuição de quantidade de turnos dia/noite e fins de semana de forma justa; distribuição de turnos com determinadas tarefas semanais por todos os enfermeiros.

A plataforma INEM.info, local onde esta gestão é efectuada, permite o cálculo automático do número de turnos e horas do enfermeiro em tempo real aquando da marcação dos primeiros, assinalando erros, como por exemplo, a marcação de 36 horas seguidas ou períodos de folga superior a 5 dias. Para além disso, é ainda possível aceder ao plano de férias dos elementos da equipa na mesma plataforma.

Os turnos extra são assinalados *a posteriori*, pelo coordenador back-office que poderá, ainda, alterar o horário caso haja necessidade e introduzir outros turnos em SIV's que necessitem de ser asseguradas. Não são assinalados descansos obrigatórios, nem descansos complementares, até porque são preenchidos com turnos extra. Essa compensação é efectuada, posteriormente, pelos serviços competentes.

Mais do que a elaboração do horário, tarefa que embora consuma algum tempo se encontra de certa forma simplificada pela aplicação informática, importaria reflectir sobre outros assuntos tais como as jornadas de trabalho de 24 horas.

Avaliando os riscos da desadequação de recursos, no que concerne ao número de enfermeiros surge-nos, à cabeça, o elevado risco de *Burnout* dos profissionais, isto é, o estado de exaustão físico, emocional e mental resultante dos efeitos do stress ocupacional continuado e crónico em personalidades com alguma predisposição e em ambientes de trabalho predisponentes. Principalmente no contexto pré-hospitalar em que os enfermeiros se encontram frequentemente envolvidos, por períodos prolongados, em situações emocionalmente exigentes (Maslach e Jackson, 1982).

O trabalho por turnos diminui a capacidade de concentração e tolerância dos indivíduos e, no caso particular, dos profissionais de enfermagem que por terem que lidar de forma directa e permanente com situações stressantes, exigem uma capacidade de raciocínio e concentração superiores. Na tentativa de reduzir a possibilidade de erro, estes profissionais de saúde sujeitam-se sim a cometê-los com maior frequência, além de diminuírem a qualidade dos cuidados prestados (Herzberg, 1969).

Apesar de identificada esta situação problema, não parte do nível de gestão do enfermeiro responsável da base (gestão operacional) nem mesmo do coordenador *backoffice* (gestão intermédia) e sim, do nível de decisão estratégico. A resolução de tais problemas suscitou já alargada discussão na instituição, assim sendo, penso não fazer sentido alargar-me nesta temática dado que em nada contribuí para a sua alteração.

Reportando-me à colaboração na gestão de recursos materiais, foi necessária alguma criatividade, para conseguir em conjunto com os colegas da SIV Amarante armazenar o material da forma o mais próxima possível do ideal. De acordo com Guadagnin, Primo e Souza (2005), o material esterilizado deverá ser mantido em local limpo, seco e livre de pó, com temperatura entre 18 e 22° C, com humidade entre 35 a 70%.

Na sequência da troca de base, o espaço cedido para o efeito, além das reduzidas dimensões, não reúne de forma alguma as melhores condições, tendo em conta que se trata de um espaço no exterior do hospital exposto a grandes amplitudes térmicas, sem ar condicionado, com humidade acentuada. Além de tudo, possuíamos apenas dois armários para o armazenamento de todo o material.

Quando iniciámos o processo, várias caixas de material estéril se encontravam fora dos armários, sabendo que o seu acondicionamento deverá ser em recipientes adequados e, de preferência em armários fechados; que não devem estar guardados junto dos materiais não estéreis; que os artigos mais pesados devem ser guardados em prateleiras inferiores e a uma altura de 20-25 cm do chão, 40 cm do tecto e 5 cm da parede, tentamos organizá-lo de forma a cumprir o maior número de regras possível. Em todo o caso, não foi possível isolar completamente material estéril do não estéril, nem cumprir na totalidade as distâncias ao chão / tecto, no entanto, foi pelo menos possível colocar todo o equipamento esterilizado dentro de armários fechados.

No âmbito da gestão do stock e prevendo a falha do registo de material gasto devido à não disponibilidade de sistema informático junto ao material, como era habitual, imprimi tabela com todo o material existente no armazém e com espaço para registo de gasto em cada turno durante a semana, tendo instituído que a baixa de material é efectuada ao Domingo, antes do envio do pedido de material. Além disso, institui o registo de material gasto por semana num ficheiro especialmente criado para o efeito, tendo em vista o estudo do gasto semanal ao longo de um ano, por forma a perceber qual o stock adequado para a SIV Amarante, dado que se registam muito frequentemente falhas graves no fornecimento de material e que o stock

previsto não foi baseado em qualquer estudo e é igual para todas as SIV's independentemente da sua casuística.

D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Tendo por base o objectivo **de comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral**, realizei sessões de educação para a saúde dirigidas ao cliente / família sempre que necessário, na medida em que ao abordarmos os doentes, nas suas casas ou na rua, deparamo-nos frequentemente, com lacunas no ensino e na gestão do regime terapêutico, motivo *major* precipitador da agudização da doença. A intervenção dos enfermeiros no que diz respeito à gestão, consiste no esclarecimento de dúvidas e educação para a saúde de forma rápida e sucinta, no próprio local de ocorrência e no sentido de promover boas práticas e complicações futuras.

Não me foi possível elaborar artigo acerca das competências dos enfermeiros das ambulâncias de Suporte Imediato de Vida e propor publicação (baseado em estudo de investigação anteriormente desenvolvido), devido ao facto da equipa SIV em que exerço funções ter ficado reduzida a dois enfermeiros, durante o período de estágio, o que me obrigou a abdicar deste objectivo por falta de tempo, no entanto, espero realizá-lo brevemente.

Mantive, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional. Ao longo do estágio realizei pesquisa bibliográfica, de forma contínua, acerca do doente crítico/família com o objectivo de suprir e antecipar dúvidas surgidas em estágio. Por outro lado, a partilha de experiências e receptividade às opiniões dos colegas complementaram o meu processo de desenvolvimento enquanto pessoa e enquanto enfermeira. A bibliografia que mais senti necessidade de consultar foi a referente à abordagem de situações de excepção, dada a curtíssima abordagem que foi efectuada no contexto das aulas teóricas.

A produção de saber em Enfermagem exige uma prática reflexiva permanente, penso que consegui manter uma prática reflexiva ao longo de todo o estágio na medida em que no final de cada activação, realizava entrevistas informais e trocava ideias com os colegas de cada um dos meios no sentido de percebermos se a nossa actuação poderia ser melhorada. De acordo com Guerra (2008) para que a experiência seja convertida em saber, é necessário exercitar a reflexão e a pesquisa sobre o trabalho. Este tipo de formação é a base para o desenvolvimento de competências, devendo ser criativa e promover a reflexão crítica de forma a dar resposta no desenvolvimento das suas actividades e aumentando a sua performance.

Para além do espírito reflexivo na e sobre a minha prática, que penso ter sido uma das maiores capacidades adquiridas neste percurso, promovi a reflexão sobre os protocolos utilizados nas ambulâncias de SIV, junto dos meus colegas. A metodologia que utilizei foi a

reflexão sobre situações para as quais os colegas são activados, não só aquando da minha presença em estágio, mas também nos turnos em que os substituo, partilhando conhecimentos embora informalmente.

De acordo com Canário (2003) os sistemas de formação não podem apenas ser encarados como instâncias de socialização profissional mas como meios de desenvolvimento profissional e pessoal contínuo o que se repercute, finalmente, na qualidade dos cuidados prestados. Tendo em conta a inexistência de um Plano de Formação na SIV Amarante apliquei aos profissionais da equipa um questionário para identificar as necessidades formativas da equipaperspectivando a estruturação do referido plano. Encontram-se em anexo o questionário de necessidades formativas, os resultados obtidos e o Plano de Formação SIV Amarante 2011 (Anexo 9), tendo desta forma **promovido a formação em serviço**.

Aproveitando a aplicação do questionário de necessidades formativas, acrescentei uma secção no mesmo com vista à identificação de situações-problema que pudessem ser resolvidas mediante formação, no entanto, apenas uma das respostas obtidas poderá ter esta resolução, sendo ela a interpretação de electrocardiogramas. Todas as restantes são questões complexas cuja resolução passa pelo nível de gestão estratégico. Neste sentido, a informação retratada nos resultados obtidos foi enviada ao coordenador backoffice, uma vez que se tratava da única intervenção que me era possível.

Nas VMER em que estagiei não havia um plano de formação estruturado, mas os profissionais planeiam sessões de acordo com o que acham necessário, na medida em que, possuem já o plano de formação do serviço a que pertencem. Não tive conhecimento acerca de qualquer plano de formação das SBV, mas dado tratar-se de um curto período de estágio não faria sentido detectar necessidades formativas.

Promovi a prática baseada na evidência na SIV Amarante, tendo-o demonstrado não só através da partilha da pesquisa sobre a intervenção em situação de crise, mas também pela aplicação prática das normas vigentes sobre a separação de resíduos hospitalares. **Promovi, ainda, a partilha de experiências e reflexão sobre a prática** com os restantes elementos da equipa não só ao longo dos estágios, mas também mediante aplicação de questionário sobre necessidades formativas e situações problema do serviço. Por estes motivos penso ter **contribuído para o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros**.

Gostaria de ter iniciado o estudo da casuística do ano 2010, da SIV Amarante, dada a importância de publicarmos e darmos a conhecer o que realmente fazemos e porque somos necessários, num momento em que se equacionam sérias alterações na orientação do sistema pré-hospitalar, no entanto, a base informática dos dados 2010 foi perdida por erro informático.

E. Domínio específico da Enfermagem Médico - Cirúrgica

Geri vários tipos de informação provenientes sobretudo da vasta formação em emergência pré-hospitalar e da formação pós-graduado que me permitiu o

desenvolvimento de conhecimento mais aprofundado. Ao longo da experiência clínica fui capaz de demonstrar a melhoria da minha prática profissional pela integração desses mesmos conhecimentos.

Apliquei conhecimentos adquiridos durante a fase teórica desta especialização, mas sobretudo os advindos da minha experiência profissional. Conhecimentos sobre as áreas de controlo de infecção, ventilação mecânica, comunicação com o doente crítico e família, desenvolvidos neste percurso, traduziram-se numa prestação de cuidados mais eficaz e humanizada. No que se refere aos conhecimentos desenvolvidos na área da abordagem das situações de excepção, espero colocá-los em prática de forma mais intensiva aquando da realização do planeamento e exercício de intervenção em situações de excepção referido posteriormente.

Efectuei, neste âmbito, pesquisa acerca da intervenção em situação de crise (uma das necessidades formativas detectadas) e partilhei-a com a equipa SIV Amarante.

Ao longo do estágio na VMER de Gaia tive oportunidade de assistir a uma sessão de formação, com a equipa multidisciplinar, acerca das novas Guidelines de Suporte Avançado de Vida do Conselho Europeu de Ressuscitação, participando na discussão acerca da pertinência de algumas alterações considerando as diversas realidades europeias divergentes do nosso sistema de emergência médica, principalmente no que concerne à presença de profissionais especializados e altamente diferenciados na rua, como não é habitual na generalidade dos casos.

Quanto à colaboração na implementação de projectos, liderei apenas a equipa SIV Amarante, tendo levado a cabo a implementação da triagem dos resíduos hospitalares, que não era realizada anteriormente. Acontece que no Centro de Saúde, em que se encontrava instalada a base SIV, não era efectuada a triagem de resíduos de forma que, tudo o que era lixo produzido pelos serviços clínicos era colocado no lixo contaminado. A equipa SIV habituou-se a proceder da mesma forma, apesar de deter o conhecimento acerca da importância da separação do lixo comum do lixo contaminado.

Aproveitando a mudança de base e a articulação com o Serviço de Urgência do Hospital de S. Gonçalo (Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa) no que respeita ao circuito dos lixos incuti na equipa a necessidade de procedermos da forma estabelecida pela comissão de controlo de infecção do CHTS e da legislação em vigor.

Importa aqui reforçar, o facto de o INEM apenas fornecer à equipa sacos brancos de risco biológico de pequenas dimensões, os sacos pretos para o lixo comum foram nesta fase adquiridos com o dinheiro da equipa, o que de todo não é adequado, uma vez que se encontra legislada através do despacho N.º 242/96 a separação de lixos hospitalares, por todos os produtores de lixo deste tipo, além disso torna-se um factor negativo extra para a implementação desta medida.

Após a colocação de sacos de risco biológico e sacos de lixo comum nos receptáculos próprios da ambulância, percebi que mesmo tendo os conhecimentos adequados a equipa não efectuava de forma adequada a separação devida, provavelmente devido aos “vícios”

adquiridos anteriormente, bem como a situações emergentes em que a confusão é maior e as prioridades são outras. Em todo o caso, achei que uma intervenção adequada para minorar este risco seria a colocação de posters na bancada superior aos receptáculos do lixo para relembrar aos profissionais a necessidade de separarem os resíduos, tendo em conta que a visualizam sempre que colocam qualquer material no lixo. Foram então efectuados dois posters referindo-se o primeiro aos materiais que devem ser colocados no lixo comum, isto é, resíduos não perigosos – Grupo I e II e o segundo relativo aos Grupos III – resíduos perigosos. Não foi efectuado poster acerca dos resíduos do Grupo IV tendo em conta que a equipa não apresentava falhas a este nível.

Houve a preocupação de serem efectuados em material plastificado de forma a ser possível proceder à desinfecção do local em que se encontram aplicados, sendo que se encontra em anexo a foto ilustrativa (Anexo 9). Mantendo, continuamente a **supervisão sobre o cumprimento desta norma** pude constatar que a intervenção teve de facto o impacto pretendido, registando-se neste momento apenas pequenas falhas ao nível da triagem de resíduos hospitalares coincidentes, na maioria das vezes, com turnos em que se verificam situações graves e emergentes.

Prestei cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, embora a gestão de protocolos terapêuticos complexos tenha sido limitada pela escassa casuística de pessoas em situação realmente crítica ao longo do estágio, no entanto, fui capaz de responder eficazmente não só prevendo complicações, mas também monitorizando a adequação das respostas à terapêutica efectuada. Executei, ainda, todos os cuidados técnicos de elevada complexidade à pessoa em estado crítico, como por exemplo, entubação endotraqueal, tendo em conta que se trata do meu contexto profissional.

Gerir a dor e otimizar conforto da pessoa em estado crítico foi sempre uma das minhas maiores preocupações, no entanto, no contexto SIV, nem sempre a gestão da analgesia é a mais correcta, primeiro porque é necessária validação pelo médico regulador do CODU para a administrarmos e depois, porque apenas possuímos na carga Paracetamol e Morfina, sem qualquer outro de efeito intermédio, o que limita muito a nossa intervenção. Em contexto VMER toda esta problemática é anulada.

Tomei iniciativas e fui criativa na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC, não só pelo que foi até aqui retratado, mas também pela dinâmica a introduzir na formação em situações de excepção.

Ao longo do estágio não tive qualquer activação para uma situação de excepção que me permitisse gerir prioridades neste contexto. No entanto, tendo em conta que esta é uma das áreas temáticas que mais nos diferencia enquanto EEMC, porque somos os únicos profissionais que de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2009) deverão reunir competências

nesta área, considerei essencial o desenvolvimento de competências e conhecimentos sobre situações de catástrofe e/ou multi-vítimas.

Para além disso, a actuação em situações de excepção foi uma das necessidades formativas levantadas pela equipa SIV Amarante, mesmo antes do diagnóstico de necessidades formativas e aquando os primeiros contactos em estágio. No questionário, coloquei uma questão sobre as dúvidas específicas que a equipa gostaria de ver esclarecidas, tendo em vista o planeamento de uma formação adaptada aos profissionais. Tomando por base os resultados obtidos e, conhecendo a realidade do reduzido treino que foi dado aos profissionais, cheguei à conclusão de que as dificuldades só poderiam ser resolvidas mediante formação com grande componente prática.

Em relação à formação/treino em catástrofe, várias estratégias são defendidas, mas há uma falta de consenso internacional acerca dos métodos formativos a utilizar ou quais os cursos a serem ministrados. O corpo de competências a desenvolver pelos profissionais inclui a proficiência no uso dos sistemas de triagem em catástrofe, a aplicação de conhecimento clínico e capacidade de tratamento de lesões. As simulações são ideais por permitirem aos formandos espaço para errarem num local que não uma situação real e aprenderem com esses mesmos erros, evitando-os *a posteriori* (Vincent et al, 2009).

O Comité de Educação da Associação Mundial para Catástrofe e Medicina de Emergência (WADEM, 2000) propôs um conjunto de princípios gerais de formação, que incluem: (1) programa multidisciplinar; (2) foco na disciplina a que se refere; (3) treinos baseados em estudos de caso/cenários; (4) abordagens temáticas; (5) abordagens modulares; (6) experiências práticas supervisionadas; (7) abordagens baseadas em competências a adquirir; (8) competências baseadas numa fundamentação teórica.

Tendo por base o exposto e a responsabilidade de treino das várias entidades da protecção civil imposta pelo Plano Distrital de Protecção Civil, considerei pertinente o planeamento de um exercício numa das obras de maior risco na área de intervenção da SIV Amarante, apesar de todas as dificuldades institucionais que sabia que teria de ultrapassar. No *timing* do estágio apenas me foi possível planear parcialmente o exercício, na medida em que o INEM não disponibilizou alguns recursos devido às ordens de contenção de custos.

O percurso que segui foi, primeiramente obter a aprovação do coordenador backoffice que rapidamente acedeu à solicitação. Oficializei o pedido de colaboração junto do comando dos Bombeiros Voluntários de Amarante (B.V.A.), que rapidamente respondeu de forma positiva.

Junto do INEM, embora numa fase inicial houvesse possibilidade de um exercício com meios de reserva, inclusivamente com montagem do Posto Médico Avançado, tudo isto foi negado por motivos económicos. Assim, apenas a cedência de profissionais da delegação para colaborarem na formação conjunta à equipa SIV e aos B.V. A. foi aprovada.

Nesta sequência, reuni com o Sr. Adjunto de Comando dos B. V. A. com objectivo de iniciar o planeamento do exercício, tendo nesta fase tão precoce definido apenas alguma divisão de tarefas. Decidiu-se, então, que os bombeiros ficariam responsáveis pela articulação

com a responsável de segurança da Infratúnel[®], no sentido do simulacro ser efectuado nas obras do Túnel do Marão; de assegurarem a resposta com duas ambulâncias (tendo em conta o não prejuízo do socorro) e solicitarem aos B. V. Vila Meã a intervenção de duas outras equipas (com duas ambulâncias), tendo em conta que estes se encontram envolvidos no plano de segurança das mesmas obras. Os bombeiros asseguram ainda, infraestrutura para realização da formação teórica, bem como as funções definidas pelo Sistema Integrado de Operações de Socorro (SIOPS). A equipa SIV Amarante assegura formação teórica sobre intervenção em situações de excepção; os recursos humanos para simulação de vítimas (15 a 20), bem como caracterização física das mesmas e atribuição de cartões a cada uma delas com principais sinais e sintomas que apresentam. Assegura ainda funções definidas pelo SIOPS.

O planeamento será um processo dinâmico sujeito a alterações, encontrando-se a próxima reunião com os B. V. A. marcada para o próximo dia 9 de Fevereiro e o exercício programado para o dia 26 de Fevereiro. A formação será efectuada ao longo de todo o dia, realizando-se a formação teórica durante a manhã e o exercício durante a tarde.

Tive oportunidade de realizar apenas os diapositivos que servirão para a apresentação sobre Triagem em Situações de Excepção, um dos temas abordados na sessão de formação teórica (Anexo 10).

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O estágio permitiu-me como até aqui demonstrado, o desenvolvimento de várias competências em cada um dos domínios em que me baseei. Este capítulo pretende ser uma análise das mesmas, mantendo a lógica dos domínios anteriormente definidos e não referindo as actividades que me permitiram esta aquisição, uma vez que este assunto será objecto de reflexão no capítulo seguinte.

Os primeiros quatro domínios apresentados reportam-se a áreas de competências que qualquer enfermeiro especialista deve ter, independentemente da sua área de especialização e encontram-se relacionadas com elevada capacidade de gestão, supervisão de cuidados e concepção. Visam um exercício profissional especializado nas áreas de investigação, formação e assessoria aos restantes profissionais.

O último domínio caracteriza as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No domínio da Responsabilidade Ética, Legal e Profissional **desenvolvi uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção e a promovi práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.** Neste sentido demonstrei ser capaz de tomar decisões complexas e fundamentadas nos princípios éticos e na deontologia profissional.

No âmbito da Gestão da Qualidade **desempenhei um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas na área da governação clínica; concebi, geri e colaborei em programas de melhoria contínua de qualidade e criei um ambiente terapêutico seguro.** Como demonstrado no presente relatório identifiquei oportunidades de melhoria na qualidade de cuidados e liderei projectos com esse objectivo, aplicando na prática a evidência científica. Colaborei, ainda, ao nível da gestão de risco contribuindo para um ambiente seguro.

No domínio da Gestão de Cuidados **geri os cuidados, optimizei a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e adaptei a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.** Neste âmbito, prestei assessoria à equipa de enfermagem e supervisionei cuidados, sobretudo no que diz respeito a tarefas delegadas. Optimizei os recursos disponíveis no sentido de melhorar os cuidados prestados. Além disso, adaptei o estilo de liderança aos profissionais implicados no processo.

Quanto ao domínio das Aprendizagens Profissionais **desenvolvi o auto-conhecimento e a assertividade e baseei a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento**. Para que tal evolução fosse possível analisei as minhas características enquanto pessoa e enquanto enfermeira, os meus valores e pensamentos, no sentido de perceber quais os que poderiam interferir na qualidade dos cuidados prestados e no meu desenvolvimento. Fui capaz de gerir os meus sentimentos e actuar em ambientes complexos do ponto de vista da gestão de stress e emoções.

Além disso, baseei a minha prática na melhor evidência científica encontrada nas pesquisas realizadas e partilhei o conhecimento promovendo o desenvolvimento dos restantes profissionais. Detectei necessidades formativas, demonstrei ser capaz de conceber planos de formação e participei enquanto formadora em sessões de formação em serviço.

Por fim no Domínio Específico da EMC **cuidei da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; demontrei capacidade de resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, desde a concepção de exercícios/treino à intervenção; maximizei a implementação de estratégias de prevenção e controlo de infecção face ao doente crítico, tendo dado resposta às necessidades detectadas em tempo útil, apesar da sua complexidade e com intervenções fundamentadas pela evidência científica mais recente**.

Em relação à primeira competência prestei cuidados emergentes e antecipei eficazmente focos de instabilidade, prestando cuidados de elevada diferenciação técnica e ao nível do suporte avançado de vida. Geri a administração de protocolos terapêuticos complexos e tive oportunidade de promover o conforto e bem-estar do doente em situação crítica e família. Intevi ao nível da gestão de emoções, otimizando a comunicação e a relação de ajuda face a uma situação clínica grave.

Concebi um exercício/treino no âmbito da intervenção em catástrofe, embora não tenha tido ainda oportunidade de o implementar, no entanto penso com o mesmo ter demonstrado conhecimentos acerca da capacidade de intervenção em situações de excepção.

Demonstrei por fim conhecer as indicações mais actuais no que se refere ao controlo de infecção associada aos cuidados de saúde, tendo implementado diversas estratégias de prevenção e supervisionado a aplicação das mesmas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste relatório penso ter sido capaz de descrever a minha evolução no percurso de especialização em EMC. Foi possível contextualizar e caracterizar cada um dos campos de estágio dando a conhecer algumas das suas especificidades que influenciaram o meu desempenho.

Fui capaz de analisar as actividades realizadas em cada módulo, apresentando um pensamento crítico cada vez mais aprofundado e uma maior capacidade de implementação de estratégias de resolução das situações problema identificadas. Deste modo, retratei a dinâmica da minha aprendizagem e aquisição de competências ao longo do estágio.

Começando pelo Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal adquiri como competências o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção e a promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

No processo de aquisição das mesmas, identifiquei várias situações que poderiam colocar em risco a privacidade dos clientes, quer no módulo de urgências, quer no módulo de cuidados intensivos. Demonstrei capacidade de análise e de tomada de decisão em várias questões éticas de elevada complexidade nomeadamente, nas reflexões apresentadas acerca da comunicação de más notícias e das *guidelines* do transporte do doente crítico (Módulo I) e na análise dos conflitos ético-legais levantados pela verificação de óbitos no contexto pré-hospitalar (Módulo III). Demonstrei, ainda, conhecimentos aprofundados na comunicação, tendo sido capaz de a adaptar quer ao nível socio-económico dos clientes e família, quer aos diferentes tipos de compromissos que exigiram o recrutamento de técnicas alternativas de comunicação nomeadamente, comunicação não verbal e toque terapêutico, de que são exemplo a abordagem a doentes com tubo endotraqueal e doentes sedados. O trabalho desenvolvido sobre intervenção em situações de crise constituiu, também, uma mais valia para o meu desenvolvimento no âmbito das habilidades comunicacionais.

No Domínio da Gestão da Qualidade adquiri competências de desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas na área da governação clínica; a concepção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua de qualidade e a criação de um ambiente terapêutico seguro. As principais actividades neste sentido foram a incorporação da evidência científica na prática, de que foram exemplo a implementação da triagem de resíduos (Módulo III); a divulgação das normas de optimização dos catéteres venosos periféricos (Módulo I) e a promoção da investigação em serviço, destacando o início de um trabalho de investigação com a realização do projecto “Diagnóstico de necessidades das famílias dos doentes internados na UCIP” (Módulo II).

No Domínio da Gestão de Cuidados as competências desenvolvidas foram a gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores, bem como a articulação na equipa multiprofissional e a adaptação da liderança e gestão de recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados. As actividades que permitiram esta evolução foram sobretudo, o desenvolvimento de conhecimentos sobre os diversos sistemas de informação em Enfermagem e a reflexão aprofundada sobre as implicações da gestão da informação nos três módulos; a promoção de assessoria aos enfermeiros e restantes membros da equipa multidisciplinar; a supervisão do exercício profissional e consequente detecção de situações problema, nomeadamente na área do controlo de infecção e a gestão dos stocks (principalmente no Módulo III); a gestão de recursos humanos, com a oportunidade de elaboração de horários (Módulo III) e reflexão sobre os riscos da desadequação dos recursos (Módulos I, II e III).

No Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, adquirir as competências de desenvolvimento do auto-conhecimento e assertividade e de basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Para que isso fosse possível, mantive continuamente o meu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional e promovi o desenvolvimento dos restantes profissionais, sobretudo através da identificação das necessidades formativas e concepção de sessões de formação como resposta às necessidades identificadas. Para além disso, há que destacar a elaboração do Plano de Formação SIV Amarante 2011 e a reflexão crítica acerca das questões complexas relativas à formação em serviço.

Finalmente, no que se refere ao Domínio Específico da EMC desenvolvi competências no âmbito do cuidado à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, desde a concepção de exercícios/treino à intervenção; bem como no âmbito do controlo de infecção, tendo dado resposta às necessidades detectadas com intervenções fundamentadas pela evidência científica mais recente. Para tal, contribuíram o incremento de conhecimentos teórico-práticos em áreas tão diferenciadas como a ventilação invasiva, o suporte com aminas vasogénicas e a falência orgânica; a aplicação prática destes conhecimentos quer na prestação de cuidados, quer na elaboração de posters e sessões de formação desenvolvidas. Introduzi ainda, criatividade e iniciativa no âmbito da formação em situações de excepção, característica da EEMC mediante o planeamento de um exercício em conjunto com outras forças da protecção civil.

Assim, penso ter desenvolvido todas as competências anteriormente projectadas e que correspondem aos parâmetros de evolução esperáveis de um enfermeiro especialista em EMC.

Para este processo em muito contribuíram os campos de estágio que me proporcionaram as experiências retratadas.

Em relação à minha contribuição para os diversos campos de estágio, considero que deixei a minha marca em todos eles, embora com graus de desempenho divergentes. No Serviço de Urgência há que destacar as sessões de formação desenvolvidas, sendo que nas áreas de gestão e investigação não foi possível intervir.

Na UCIP, a minha intervenção foi mais alargada, havendo a ressaltar como mais-valias para o serviço, não só o diagnóstico de necessidades formativas e a análise da avaliação da formação 2010, mas também o projecto de investigação a que demos início e que poderá contribuir para uma melhoria significativa dos cuidados prestados, para além de se traduzir na promoção da investigação em serviço na área da EEMC.

No estágio do INEM contribuí, principalmente, nas áreas de gestão e formação na SIV Amarante, meio que escolhi por se tratar do meu contexto profissional, dando-me assim uma motivação extra para implementação de novos projectos para a melhoria dos cuidados prestados. Há que dar destaque à gestão dos stocks, à implementação de práticas baseadas em evidência (como a triagem de resíduos hospitalares); à gestão de recursos humanos, nomeadamente através da elaboração do horário e da assessoria prestada no desenvolvimento dos profissionais envolvidos. Na área da formação importa referir a detecção das necessidades formativas da equipa que permitiu a elaboração do Plano de Formação 2011, adaptado aos profissionais, bem como a dinamização da formação em situações de excepção.

As principais limitações que senti reportaram-se ao Serviço de Urgência, na medida em que as necessidades de mudança identificadas raramente foram objecto de resolução, ainda que devidamente fundamentadas com evidência científica.

Em relação à UCIP, todos os projectos foram acolhidos pela chefia e profissionais com enorme entusiasmo, motivando-me ainda mais para a sua realização uma vez que me fizeram sentir que todo o meu trabalho realmente contribuía para a melhoria da qualidade dos cuidados.

No INEM, senti apenas limitação no que se refere aos recursos materiais e aspectos burocráticos relacionados com o simulacro de intervenção em situações de excepção. As restantes actividades foram apoiadas sem limitações, tendo contribuído para a melhoria da qualidade sobretudo na SIV Amarante, meio em que foram implementados todos os projectos.

Em relação ao CPLEEMC tenho a sugerir o alargamento dos períodos de estágio não só no que se refere às horas de contacto no serviço, mas também ao período de realização, na medida em que se tornaria possível a implementação de projectos muito mais aprofundados e mais pertinentes para as necessidades dos serviços, repercutindo-se directamente no nível de desempenho dos alunos.

Considero ainda que, os moldes em que decorre o estágio no INEM deveriam sofrer alterações, isto é, deveriam ser também programados face às necessidades e projectos de cada aluno e não por número de turnos fixo em cada meio, dado limitar grandemente a nossa intervenção. Por outro lado, o estágio de SBV e CODU não me parecem fazer sentido no contexto deste curso, tendo em conta que nenhum deles comporta a actuação do enfermeiro.

Convicta de que respondi ao desafio de descrever fielmente a minha evolução, como era objectivo máximo desta unidade curricular, termino assim este relatório, com o sentimento de dever cumprido, na missão de me auto-desenvolver e de dar o meu pequeno contributo na promoção de uma enfermagem excelente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ BARBOSA, I.; SILVA, M. 2007. *Cuidado Humanizado de Enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário*. Revista Brasileira de Enfermagem. [On line], 60 (5): 546-551. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500012. [22 de Maio de 2010].
- ✓ BETTINELLI, L. ; ERDMANN, A. 2009. *Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado*. Avances en Enfermeria. [On line], 27 (1): 15 - 21. Disponível em: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii_2.pdf [20 de Outubro de 2010].
- ✓ BIJTTEBIER, P; VANOOST, S.; DELVA, D.; FRANS, E. 2001. *Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses*. Intensive Care Medicine. [On line], 27 (1): 160-165. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11280629> [19 de Outubro de 2010].
- ✓ BILEY, F. C. 1995. *Efeitos de Ruídos em Hospitais*. Nursing. 8: 18 – 21.
- ✓ CAILLIER, Rosemarie. 2010. *Breaking bad news to patients*. Podiatry Management. [On line]. Disponível em: <http://www.podiatrym.com> [8 de Junho de 2010].
- ✓ CAMPBELL, Margaret L. 2009. *Nurse to Nurse – Palliative Nurse*. McGraw Hill Medical, New York. 298 pps.
- ✓ CAMPOS, Ana. 2006. *Dotações Seguras Salvam Vidas*. Disponível em: <http://www.ipolisboa.min-saude.pt/FileGet.aspx?FileId=1488>. [Consultado em: 12 de Maio de 2010].
- ✓ CANÁRIO, Rui. 2003. *Formação e Situações de Trabalho*. 2.^a Ed. Porto Editora, Porto. 208 pps.
- ✓ COSTA, J. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 anos – Métodos de Prestação de Cuidados*. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>. [Consultado em: 4 de Novembro de 2010].

- ✓ EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. 2010. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010*. Resuscitation. [On line], 81: 1-233. Disponível em: <http://www.elsevier.com/locate/resuscitation>. [29 de Novembro de 2010].
- ✓ FLINKE, Erin. 2008. *A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication*. Journal of clinical Nursing. [On line], 17 (16): 2101-2115 . Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18705734> [19 de Outubro de 2010].
- ✓ GAVAGHAN, S.; CARROLL, D. 2002. *Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions*. Dimensions of Critical Care Nursing. [On line], 21(2): 64-71. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11949471> [21 de Outubro de 2010].
- ✓ GOVERNO CIVIL DO DISTRITO DO PORTO. 2010. *Plano Distrital de Emergência de Protecção Civil do Porto*. Ministério da Administração Interna: Porto. 115 pp.
- ✓ GRUPO DE REFLEXÃO E ACOMPANHAMENTO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM. 2008. *CIPE / SAPE – Secção de Reflexão*. Unidade Local de Saúde de Matosinhos.
- ✓ GRUPO DE TRABALHO DAS URGÊNCIAS. 2006. *O serviço de Urgência – Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes*. Ministério da Saúde, Lisboa. 111pps.
- ✓ GUADAGNIN, S.; PRIMO, M.; TIPPLE, A.; SOUZA, A. 2005. *Centro de material e esterilização: padrões arquitetônicos e o processamento de artigos*. Revista Eletrônica de Enfermagem. [On line], 7 (3): 285-294. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/original_05.htm. [14 de Dezembro 2010].
- ✓ GUERRA, Maria. 2008. *Formação Profissional dos Enfermeiros – Determinantes da Participação dos Enfermeiros em Acções de Formação em Serviço*. [Dissertação de Mestrado] Universidade de Trás – os – Montes e Alto Douro: Vila Real. 93 pp. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10348/210>.
- ✓ HALLOUËT, Pascal; EGGERS, Jérôme; MALAQUIN, Evelyne. 2006. *Fichas de Cuidados de Enfermagem*. Climepsi Editores, Lisboa. 670 pps.
- ✓ HERZBERG, F; MAUSNER, B.; SNYDERMAN, B. 1959. *The Motivation to Work*. John Wiley and Sons: New York. 157pps.

- ✓ HOLDEN, Janet; HARRISON, Lynne; JOHNSON, Martin. 2002. *Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature*. Journal of Clinical Nursing. [On line], 11(2):140-148. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11903713>. [16 de Outubro de 2010].
- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. 2007. *Manual de Suporte Imediato de Vida*. Departamento de Emergência Médica, Lisboa. 270 pps.
- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. 2008. *Manual Tripulante de Ambulância de Socorro*. Departamento de Emergência Médica, Lisboa. 298 pps.
- ✓ INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. 2005. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0 (CIPE® versão 1- Tradução oficial Portuguesa)*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa. 203 pps.
- ✓ JORGE, Silvia; DANTAS, Sônia Regina. 2002. *Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas*. Atheneu: Campinas. 378 pps.
- ✓ LACOMBE, R. J. M; HEILBORN, G. L. J. 2003. *Administração: princípios e tendências*. Saraiva, São Paulo. 569 pps.
- ✓ MASLACH, C; JACKSON, S. E. 1982. *Burnout in the Health Professions: a social psychological analysis*. In: *Psychology of Health and Illness* (G. Sanders & J. Suls Social). Erlbaum, New York.
- ✓ McGUIGAN, D. 2009. *Communicating bad news to patients: a reflective approach*. Nursing Standard. [On line], 23 (31): 51-56. Disponível em: <http://nursingstandard.rcnpublishing.co.uk/resources/archive/GetArticleById.asp?ArticleId=693>. [6 de Junho de 2010].
- ✓ MELEIS, Afaf. 2007. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 4ª ed. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia. 805 pps.
- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2003. *Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direcção Geral da Saúde, Lisboa. 87 pp.

- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2006. *Recomendações para prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares*. Programa Nacional de Controlo de Infecção. Ministério da Saúde, Lisboa. 31 pps.
- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2007. *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Direcção Geral de Saúde, Lisboa. 20 pp.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2007. *Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem*. Enunciado de Posição: 02/07. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>. [Consultado em: 10 de Junho de 2010].
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2007. *Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar*. Enunciado de Posição: 01/07. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf> [Consultado em: 13 de Dezembro de 2010].
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2009. *Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) - Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem - Perfil e Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/> [Consultado em: 22 de Fevereiro de 2010].
- ✓ PEREIRA, Filipe. 2009. *Informação e Qualidade - Do exercício profissional dos enfermeiros*. Formasau, Coimbra. 209 pps.
- ✓ PHANEUF, Margot. 2005. *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência, Loures. 668 pps.
- ✓ PINHEIRO, M.F.R. 1994. *Organizar a prestação de cuidados: Uma função/desafio para o enfermeiro chefe*. Revista Servir. 319-331.
- ✓ PUPULIM, Jussara; SAWADA, Namie. 2002. *O cuidado de Enfermagem e a invasão da Privacidade do Doente: Uma questão ético – moral*. Revista Latino – Americana de Enfermagem. [On line], 10 (3): 433-438. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300018 [8 de Junho de 2010].
- ✓ RABIAIS, Isabel. 2009. *Manutenção do Equilíbrio Sensorial no Doente Crítico*. Universidade Católica Portuguesa: Porto.

- ✓ RANGEL, A.; ÉVORA, Y. 2007. *Elaboração automática da escala periódica de trabalho dos profissionais de enfermagem por meio de um software específico*. Revista Eletrônica de Enfermagem. [On line] 9 (1): 17-30. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista9_1/original_05.htm. [14 de Dezembro de 2010].
- ✓ REIS, M.; YONEDA, M.; MARCOLINO, F.; HAAS, V.; ANDRADE, D. 2008. *Uso de luvas de látex no contexto hospitalar: ainda um conhecimento polêmico?* Revista Panamericana de Infectologia. [On line], 10 (3): 8-13. Disponível em: <http://www.revista-api.com/3%20edicao%202008/pdf/mat%2001.pdf>. [14 de Maio de 2010].
- ✓ SAX, H.; ALLEGIANZI, B.; UCKAY, I.; LARSON, E.; BOYCE, J.; PITTET, D. 2007. *My five moments for hand hygiene a user – centered design approach to understand, train, and report hand hygiene*. Journal of Clinical Infection. [On line], 67: 9-21 Disponível em: <http://microbiology.mtsinai.on.ca/coreEducModules/hand-hygiene-aug-2007.pdf> [25 de Outubro de 2010].
- ✓ SILVA, António. 2009. *Triagem de prioridades – Triagem de Manchester*. [Dissertação de Mestrado] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Porto. 232 pp. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/19983>.
- ✓ SILVA, M. Júlia Paes. 2006. *Comunicação tem remédio. A comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde*. 4.ª Ed. Edições Loyola, S. Paulo. 133 pps.
- ✓ SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. 2008. *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*. Celom, Lisboa. 48 pps.
- ✓ SWEARINGEN, P.; KEEN, J. 2001. *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos – Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. 4.ª Ed. Lusociência, Camarate. 958 pps.
- ✓ TOMEY, Ann Marriner e ALLIGOOD, Martha Raile. 2002. *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Lusociência, Loures. 766 pps.
- ✓ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS. 2007. *Unidade de Dor Torácica*. Unidade Local de Saúde, Matosinhos. 20 pps.

- ✓ VERHAEGHE, S.; DEFLOOR, T.; ZUUREN, V.; DUINJSTEE, M.; GRYPDONCK, M. . 2005. *The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of literature*. Journal of Clinical Nursing. [On line], 14: 501 – 509. Disponível em: <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=647&accno=2005080479> [18 de Outubro de 2010].
- ✓ VINCENT, Dale; BERG, Benjamin; IKEGAMI, Keiichi. 2010. *Mass Casualty Triage Training for Internacional Healthcare Workers in the Asia – Pacific Regions using manikin – based simulations*. Prehospital and Disaster Medicine. [On line], 4 (3):206-213. Disponível em: <http://pdm.medicine.wisc.edu>. [10 de Dezembro de 2010].
- ✓ WORLD ASSOCIATION FOR DISASTER AND EMERGENCY MEDICINE. 2000. *Health Disaster Management – Guidelines for Evaluation and Research in the Utstein Style*. Disponível em: <http://www.wadem.org/guidelines.html>. [3 de Dezembro de 2010].
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2009. *WHO Guidelines for Safe Surgery*. 1st Edition. World Health Organization, Geneva. 133 pps.
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2010. *WHO best practices for injections and related procedures toolkit*. World Health Organization, Geneva. 69 pps.
- ✓ ZINN, Gabriela; SILVA, Maria; TELLES, Sandra. 2003. *Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida*. Revista Latino – Americana de Enfermagem – Ribeirão Preto. [On line], 11(3): 326-332. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692003000300010&lng=es [10 de Outubro de 2010].

LEGISLAÇÃO:

- ✓ DECRETO – LEI N.º 11/98 - Regulamento da Realização de Perícias Médico-Legais.
- ✓ DECRETO-LEI N.º 134/96 de 25 de Julho - Sistema Integrado De Operações De Socorro.
- ✓ DECRETO-LEI N.º 161/96 alterado pelo DECRETO-LEI N.º 104/98 de 21 de Abril - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

- ✓ DECRETO-LEI N.º 411/98 de 30 de Dezembro - Regulamento da Inumação e Transladação de Cadáveres.
- ✓ DESPACHO N.º 242/96 de 13 de Agosto - Classificação e Requisitos Aplicáveis à Gestão de Resíduos Hospitalares.
- ✓ LEI N.º 111/2009 de 16 de Setembro - Código Deontológico do Enfermeiro.
- ✓ PORTARIA N.º 1147/2001 de 28 de Setembro - Regulamento De Transporte De Doentes.

ANEXOS

ANEXO 1 – “Catéter Venoso Central de Hemodiálise”

A – Fundamentação Teórica

B – Plano de Sessão de Formação

C – Diapositivos da Sessão de Formação

A – Fundamentação Teórica



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

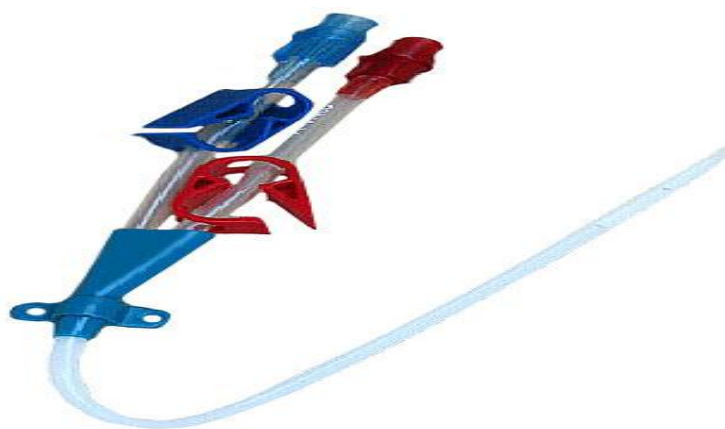
MESTRADO EM ENFERMAGEM

COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO – MÓDULO SERVIÇO DE URGÊNCIA

CATÉTER VENOSO CENTRAL

HEMODIÁLISE



Trabalho elaborado por:

Ana Guedes

Armando Outor

Daniela Silva

Junho de 2010



ÍNDICE

1. Introdução	3
2. Catéter Venoso Central de Hemodiálise	4
2.1. Locais de inserção	4
2.2. Manutenção do catéter e do local de inserção	5
2.2.1. Realização do penso do local de inserção do catéter	6
2.2.2. Colheita de sangue ou administração de terapêutica, a partir do catéter venoso central de hemodiálise	8
3. Documentação dos Cuidados	10
4. Conclusão	13
Bibliografia	14



1. INTRODUÇÃO

Na sequência da prestação de cuidados na sala de emergência do Hospital Pedro Hispano, no contexto do estágio do Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, detectámos (os 3 alunos neste campo de estágio) necessidade de formação dos profissionais acerca da manipulação dos cateteres venosos centrais de hemodiálise.

Tendo em conta a necessidade diagnosticada elaboramos o presente trabalho com dois objectivos principais, sendo eles uniformizar o procedimento de manipulação do catéter venoso central de hemodiálise, bem como estimular a prática profissional baseada na evidência.

O trabalho é constituído por uma breve abordagem aos tipos de catéter de hemodiálise, seus locais de inserção e considerações acerca do controlo de infecção e pelos procedimentos de: realização de tratamento ao local de inserção do catéter venoso central e colheita de sangue ou administração de terapêutica, a partir do catéter venoso central de hemodiálise.

Para finalizar, é realizada uma exemplificação da documentação destes cuidados, de acordo com a linguagem classificada CIPE® e, mais precisamente, recorrendo à aplicação informática SAPE®, bem como uma pequena reflexão sobre o processo de enfermagem.



2. CATÉTER VENOSO CENTRAL DE HEMODIÁLISE

A hemodiálise é um tratamento amplamente utilizado no tratamento da Insuficiência Renal Crónica (IRC) ou em situações de agudização da patologia renal. Para a realização deste tratamento é necessário que existam acessos vasculares, sendo um deles o catéter venoso central (CVC) percutâneo de duplo lúmen (não tunelizado) (Ferreira, 2005).

O CVC é uma opção de acesso venoso central rápida, segura, urgente e temporária para realização de hemodiálise por períodos curtos de tempo (cerca de três semanas), enquanto ocorre, por exemplo, a maturação do acesso venoso definitivo – Fístula Arterovenosa (FAV).

Deste modo, o CVC pode ser temporário quando é necessário um acesso urgente para hemodiálise e se prevê um tempo curto de utilização (IRA, IRC com falência do acesso definitivo) ou de longa duração em doentes sem possibilidade de outro tipo de acesso ou naqueles que aguardam a maturação da FAV (Ferreira, 2007).

2.1. LOCAIS DE INSERÇÃO

Os catéteres venosos centrais são habitualmente inseridos nas veias subclávia, jugular ou femoral, podendo, ainda, ser inseridos periféricamente através das veias cefálica ou basílica até à veia cava superior.

O local em que cada catéter é colocado influencia o risco de infeção subsequente, deste modo deverão ser tidos em conta vários factores na escolha do local de inserção do mesmo, tais como:

- ✓ Conforto do doente, segurança e manutenção da assepsia;
- ✓ Factores específicos do doente (como por exemplo: catéteres pré-existentes, deformações anatómicas, diátese hemorrágica, algumas modalidades ventilatórias com pressão positiva, etc.).
- ✓ Riscos relativos a complicações mecânicas (isto é, hemorragias, pneumotórax, trombose, etc.)
 - ✓ Risco de infeção (devido à densidade da flora da pele no local de inserção) (Ministério da Saúde, 2006)

No que se refere ao controlo de infeção a via preferível em adultos seria a veia subclávia, no entanto, há que ter em conta os outros factores, nomeadamente o potencial de complicações mecânicas, o risco de estenose da veia subclávia e a perícia do profissional que insere o catéter.



Os catéteres inseridos na veia jugular estão relacionados com maior risco de infecção do que os catéteres inseridos na veia subclávia e/ou femoral.

A via femoral apresenta uma elevada colonização e deve ser evitada tanto quanto possível, principalmente em adultos, devido ao elevado risco de trombose venosa profunda.

Os catéteres para diálise deverão ser inseridos na jugular ou femoral em vez da subclávia para evitar a sua estenose (Ministério da Saúde, 2006).

2.2. MANUTENÇÃO DO CATÉTER E DO LOCAL DE INSERÇÃO

Em comparação com os catéteres venosos periféricos os CVC constituem um risco significativamente maior no que concerne ao desenvolvimento de infecções, desta forma torna-se crucial o uso eficaz e eficiente do maior número de barreiras possíveis para o controlo. O uso de máscara, barrete, bata, luvas esterilizadas e campo esterilizado proporciona uma redução significativa na incidência de infecções relacionadas com o catéter.

Os microorganismos que rodeiam as conexões dos catéteres são os principais agentes etiológicos da infecção, pelo que o Programa Nacional De Controlo De Infecção prevê recomendações acerca dos produtos indicados para antissépsia do local de inserção e desinfecção do mesmo. Existem no mercado inúmeros produtos, no entanto, a sua utilização deve ter em conta não só o seu espectro, como também o seu tempo de actuação. As soluções antissépticas de base alcoólica são as mais aconselhadas em toda a bibliografia, na medida em que combinam os benefícios de rapidez de acção com a actividade residual e o espectro bacteriano (Ministério da Saúde, 2006).

Existem dois tipos de pensos aplicados no local de inserção do CVC: os pensos transparentes (de poliuretano semi-permeável) e os de gaze (compressa com banda adesiva), sendo ambos permeáveis a vapor de água e estéreis, permitem a manutenção de um ambiente limpo e seco no local de inserção. No entanto, os pensos transparentes apresentam algumas vantagens como a possibilidade de visualizar continuamente o local de inserção, o que permite a detecção precoce de sinais inflamatórios, o facto de não se saturarem com o banho requerendo mudanças menos frequentes.

Os pensos de gaze podem ser preferidos no caso de sudação frequente ou hemorragia do local de inserção. Desde que mantidas as normas de boa prática não há diferenças significativas no que se refere à incidência de infecções em ambos os tipos de penso.

Os pensos transparentes devem ser substituídos de acordo com o fabricante, cada 3 – 7 dias, dependendo das suas características e cada 2 dias caso se trate de pensos de gaze. Caso o penso se apresente molhado ou repassado terá que ser substituído tão rapidamente



quanto possível. No caso do catéter de hemodiálise o penso será realizado a cada tratamento ou caso se verifique uma das situações anteriormente referidas (Ministério da Saúde, 2006).

A transmissão de microorganismos pelas mãos da equipa de saúde é a mais importante via de contaminação, sendo crucial cumprir e respeitar aspectos básicos relacionados com a higienização das mãos (quer se utilize sabão antisséptico e água quer se utilizem soluções ou gel de base alcoólica), antes e após qualquer procedimento relacionado com a manipulação dos catéteres de hemodiálise (aquando da palpação do local de inserção, realização do penso ou administração de fármacos, por exemplo). A palpação do local de inserção deve ser efectuada, preferencialmente, através do penso intacto, caso se efectue após remoção do penso deverá ser anterior à antissépsia da região (Ministério da Saúde, 2006).

Se o doente desenvolve hiperestesia no local de inserção, febre sem outra fonte de infecção óbvia ou sintomas sugestivos de infecção local ou sistémica, o penso deve ser removido para permitir um exame detalhado do local de inserção (Carpenito, 2002).

2.2.1. REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DO LOCAL DE INSERÇÃO DO CATÉTER

Material Necessário

- ✓ Máscaras (utente e enfermeiro), barrete e touca (enfermeiro);
- ✓ Luvas não esterilizadas
- ✓ Luvas esterilizadas
- ✓ Kit de Pensos
- ✓ Compressas esterilizadas 10x10 cm
- ✓ Álcool 70°, Clorhexidina 2%[®] ou Cutasept[®];
- ✓ Soro Fisiológico (SF)
- ✓ Tegaderm[®] (membrama adesiva IV3000 10x12)

Procedimento

- ✿ Colocar a máscara (enfermeiro e utente), vestir bata e colocar barrete;
- ✿ Retirar penso anterior, usando as luvas não esterilizadas;
- ✿ Desinfectar as mãos com solução alcoólica;
- ✿ Abrir Kit de pensos;



- ✿ Calçar luvas esterilizadas;
- ✿ Colocar campo esterilizado;
- ✿ Observar o local de inserção do catéter para avaliação de sinais inflamatórios (por ex. rubor, exsudado).
- ✿ Colher uma zaragatoa, se no local de inserção do catéter existir presença de exsudado;
- ✿ Palpar o local de inserção para avaliar se o doente tem dor;
- ✿ Lavar com SF, se presença de sangue (evitando movimentos de tracção/rotação do catéter que possam levar ao aparecimento de traumatismos e aumentar assim o risco de infecção);
- ✿ Desinfectar o local de inserção do catéter, com Cutasept® (antisséptico com melhor desempenho para antissépsia da pele), usando movimentos circulares do centro para a periferia;
- ✿ Aguardar o tempo de actuação dos produtos usados, deixando-os secar.
- ✿ Colocar compressas esterilizadas sobre o local de inserção do catéter, e também ao longo deste, para prevenir que resíduos de cola adiram ao próprio catéter.
- ✿ Colocar Tegaderm®
- ✿ O penso do catéter deve ser feito em cada sessão de hemodiálise ou em SOS, usando sempre a técnica asséptica (UNINEFRO, 2008; Ministério da Saúde, 2006).

2.2.2. COLHEITA DE SANGUE OU ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA, A PARTIR DO CATETER VENOSO CENTRAL DE HEMODIÁLISE

A manipulação do catéter de hemodiálise, para colheita de sangue ou administração de terapêutica, deve ser feita apenas como último recurso quando não existem outras vias de acesso.

Material Necessário

- ✓ Máscaras (utente e enfermeiro)
- ✓ Luvas não esterilizadas
- ✓ Luvas esterilizadas
- ✓ Campo esterilizado com óculo



- ✓ Compressas esterilizadas 10x10 cm
- ✓ Álcool 70°, Clorhexidina® a 2% ou Cutasept®
- ✓ Soro Fisiológico (SF)
- ✓ Tegaderm (membrama adesiva IV3000 10x12)
- ✓ Heparina
- ✓ 2 Seringas de 5cc
- ✓ 1 Seringa de 10cc
- ✓ Seringa para a colheita de sangue, se for o caso

Procedimento

- ✿ Colocar máscara (enfermeiro e doente)
- ✿ Calçar luvas esterilizadas
- ✿ Colocar campo com óculo, de forma a que as extremidades do catéter fiquem sobre ele
- ✿ Lavar com SF e desinfetar com álcool 70° a extremidade a usar
- ✿ Clampar a via que vai ser manipulada e retirar a tampa
- ✿ Adaptar a seringa de 5cc e de seguida desclampar a via
- ✿ Aspirar e rejeitar a quantidade de sangue/heparina que está inscrita no próprio lúmen, acrescentando mais 0,2cc ao valor referido (se no lúmen do catéter não houver referência ao volume a aspirar devem ser retirados pelo menos 3cc de sangue/heparina)
- ✿ Retirar a quantidade de sangue necessária para as colheitas ou administrar a terapêutica pretendida
- ✿ Lavar a via utilizada com 10 cc de SF
- ✿ Heparinizar o catéter com 2,2 cc ou 3 cc de heparina pura, conforme valor indicado pelo catéter
- ✿ Clampar o ramo que foi usado e adaptar a tampa
- ✿ Realizar penso ao catéter segundo procedimento (UNINEFRO, 2008; Ministério da Saúde 2006)



3. DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS

As intervenções de enfermagem dirigidas à manutenção do CVC derivam desta mesma atitude terapêutica, podendo ser documentados desta forma através do SAPE® (conforme preconizado no Hospital Pedro Hispano, pelo Grupo de Reflexão e Acompanhamento da Prática de Enfermagem):

Atitude Terapêutica	Início		Térmo		Dias
	Data	Hora	Data	Hora	
DIETA (VER OBSERVAÇÕES)	2010.05.30	15:25			
PESQUISA GLICEMIA CAPILAR	2010.05.30	15:25			
MONITORIZAÇÃO DE ECG,FC,FR,SAO2	2010.05.30	15:25			
OUTRA ATITUDE (VER OBSERVAÇÕES)	2010.05.30	15:25			
CATETERISMO CENTRAL	2010.05.30	00:54			
OXIGENOTERAPIA POR CATÉTER NASAL:2L/MIN	2010.05.31	10:18			
OUTRA ATITUDE (VER OBSERVAÇÕES)	2010.05.31	10:18			

Observações: Femural direita (para HD)

Intervenções do Serviço

Tipos: Fenómenos e ATITUDES TERAP

Intervenção selecionada: Colaborar na colocação de catéter central

Descrição: Colaborar é um tipo de Relacionar com as características específicas: Trabalhar em conjunto com alguém.



Neste contexto específico e de acordo com Carpenito (2002) o planeamento de cuidados deveria incluir o diagnóstico de enfermagem: Risco de Infecção.

Infecção

Processo Patológico com as características específicas: Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.

(ICN, 2005, p.51)

Risco

Potencialidade com as características específicas: Possibilidade de perda ou problema, problema que é esperado com uma certa probabilidade, potencial para um estado negativo.

(ICN, 2005, p.108)

Para além do facto do CVC constituir uma porta de entrada de microrganismos (que poderá ser controlada desde que aplicadas as normas de boa prática), o doente hemodialisado possui o factor de risco fisiológico: insuficiência renal, para além das restantes co-morbilidades que são muito frequentes neste tipo de doentes. Um exemplo do processo de Enfermagem seria o seguinte:

Dados Relevantes para o Diagnóstico	Início	Fim	Diagnóstico de Enfermagem
Indivíduo com factor de risco fisiológico: Insuficiência Renal Crónica, (...)			Risco de Infecção
Indivíduo com CVC (porta de entrada de microrganismos)	Data		Objectivos
Indivíduo em tratamento de hemodiálise Idade >65 anos (?) (Carpenito, 2002; Guedes et al, 2009)			O doente não desenvolve infecção

Intervenção de Enfermagem	Timing	Fundamentação
Vigiar sinais inflamatórios	1xT/SOS	Detectar sinais de infecção precocemente para evitar sépsis (Carpenito, 2002; Ministério da Saúde, 2006).
Executar tratamento do local de inserção do CVC (de acordo com o procedimento)	SOS	A manutenção da assepsia é crucial para minimizar o risco de infecção. O



		timing de execução será aquando das sessões de hemodiálise, da manipulação do CVC, sempre que o penso se encontre repassado ou descolado ou na periodicidade indicada para o tipo de material utilizado (idem).
Ensinar pessoa e família sobre sinais de infecção	SOS	Detecção precoce de sinais de infecção para evitar sépsis (Carpenito, 2002).
Ensinar pessoa e família sobre prevenção de infecção	SOS	A pessoa e família deverão deter este conhecimento de forma a minimizar o risco de infecção, nomeadamente: manter penso limpo e seco, evitar manipulação do catéter, etc. (idem).



4. CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu a construção de uma base teórica fundamental para a formação em serviço a realizar em estágio no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano.

Contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos especializados na área da Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica e, tendo tido por base pesquisa da melhor e mais actual evidência científica, poderá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Através da implementação de procedimentos tais como os que aqui foram apresentados é possível uniformizar a prática de cuidados de enfermagem, perseguindo a excelência, motivo pelo qual considero que foram atingidos os objectivos propostos inicialmente.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, G; BRITO, Norma; MARQUES, Romero; BONFIM, Ângelo; ABATH, Carlos. 2005. *Manejo dos cateteres de hemodiálise: papel dos procedimentos intervencionistas*. Jornal Brasileiro de Nefrologia. [On line], 27 (3): 150-156. Disponível em: www.jbn.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=27927-03-08 [20 de Maio de 2010].
- CARPENITO, Lynda Juall. 2002. *Diagnósticos de Enfermería – Aplicaciones a la práctica clínica*. 9.ª Ed. McGraw – Hill Interamericana, Madrid. 794 pps.
- FERREIRA, V.; ANDRADE, D.; SANTOS, C.; NETO, M. 2005. *Infecção em pacientes com cateter temporário duplo-lúmen para a hemodiálise*. Revista Panamericana de Infectologia. [On line], 7(2):16-21. Disponível em: http://www.revista-api.com/2%20edicao%202005/pgs/art_2.html. [18 de Maio de 2010].
- FERREIRA, V.; ANDRADE, D.; SANTOS, C.; NETO, M. 2005. *Infecção em pacientes com cateter temporário duplo-lúmen para a hemodiálise*. Revista Panamericana de Infectologia. [On line], 7(2):16-21. Disponível em: http://www.revista-api.com/2%20edicao%202005/pgs/art_2.html. [18 de Maio de 2010].
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. 2005. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0 (CIPE® versão 1 - Tradução oficial Portuguesa)*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa. 203 pps.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2006. *Recomendações para prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares*. Programa Nacional de Controlo de Infecção. Ministério da Saúde, Lisboa. 31 pps.
- UNINEFRO, SA (2008) – *Manual de normas e procedimentos técnicos de enfermagem*.

B – Plano de Sessão de Formação

PLANO DE SESSÃO

IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO:

Tema da sessão: Cateteres Venosos Centrais de Hemodiálise

Objectivos: Uniformizar procedimento de manipulação do Catéter Venoso Central de Hemodiálise

Estimular a prática profissional baseada na evidência.

Local: Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano

Destinatários: Enfermeiros


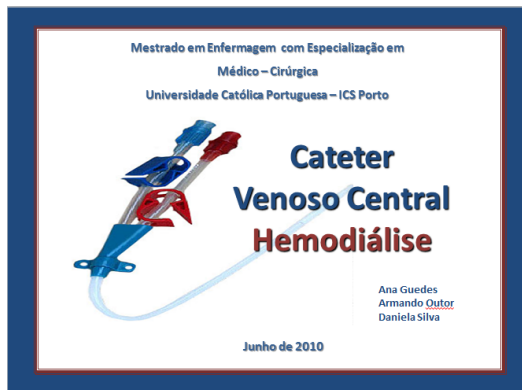
Formadores: Ana Guedes, Armando Outor, Daniela Silva

Duração: 10 minutos

ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS:

	Conteúdos	Metodologia	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">◆ Apresentação do tema;◆ Objectivos do trabalho;	Expositiva	PC	2 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">◆ Rever conceitos-chave sobre cateteres venosos centrais de hemodiálise e manipulação do mesmo;◆ Apresentar procedimentos de:<ul style="list-style-type: none">■ Realização do penso ao local de inserção do cateter;■ Colheita de sangue e/ou administração de fármacos por esta via.◆ Reflectir sobre a documentação dos cuidados de enfermagem.	Expositiva	PC	6 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">◆ Resumo de ideias;◆ Clarificação de dúvidas.	Expositiva	PC	2 min.


C – Diapositivos da Sessão de Formação



Objectivos

- Uniformizar procedimento de manipulação do Catéter Venoso Central de Hemodiálise;
- Estimular a prática profissional baseada na evidência.

2




Introdução

A hemodiálise é um tratamento amplamente utilizado no tratamento da Insuficiência Renal Crónica (IRC) ou em situações de agudização da patologia renal.

Para a realização deste tratamento é necessário que existam acessos vasculares, sendo um deles o catéter venoso central percutâneo de duplo lúmen (não tunelizado).


3



Indicações do Cateter

- É uma opção de acesso venoso central rápida, segura, urgente e temporária para realização de hemodiálise por períodos curtos de tempo (cerca de três semanas), enquanto ocorre a maturação do acesso venoso definitivo – Fístula Artério-venosa (FAV).


4



Tipos

Temporários	Longa Duração
Quando é necessário um acesso urgente para hemodiálise e se prevê um tempo curto de utilização (IRA, IRC com falência do acesso definitivo).	Em doentes sem possibilidade de outro tipo de acesso ou naqueles que aguardam maturação da (FAV).

5



Locais de Inserção

Os catéteres venosos centrais, para hemodiálise podem ser inseridos em 3 grandes veias centrais:

- Jugular
- Subclávia
- Femoral

A veia jugular interna direita é a escolha de eleição.

6



Manipulação do catéter

Qualquer catéter venoso central é uma excelente porta de entrada de microorganismos;

A manipulação destes, deve ser evitada ao máximo;

Quando necessário deve ser feita com técnica asséptica.

7



Manipulação do catéter

Estudos demonstram que a infecção (no local de inserção ou corrente sanguínea) é a complicação mais frequente associada ao uso dos catéteres de hemodiálise.

8



Manipulação do catéter

Como **factores de risco** associados podemos identificar:

- A condição clínica do doente
- O tipo de catéter usado
- O tempo de permanência dos catéteres
- As excessivas e inadequadas manipulações dos catéteres

9



Manipulação do catéter

A transmissão de microorganismos pelas mãos da equipa de saúde é a mais importante via de contaminação sendo crucial cumprir e respeitar aspectos básicos relacionados com a **higienização das mãos**, antes de qualquer procedimento relacionado com a manipulação dos catéteres de hemodiálise.

10



Procedimento

REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO DO LOCAL DE INSERÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL


11



Material Necessário

- ✓ Máscaras (utente e enfermeiro)
- ✓ Luvas não esterilizadas
- ✓ Luvas esterilizadas
- ✓ Kit de Pensos
- ✓ Compressas esterilizadas 10x10 cm
- ✓ Álcool 70°, Clorhexidina®2% ou Cutasept®;
- ✓ Soro Fisiológico (SF)
- ✓ Tegaderm (membrana adesiva IV3000 10x12)

12

 **Procedimento**

- Colocar a máscara (enfermeiro e utente)
- Retirar penso anterior, usando as luvas não esterilizadas;
- Abrir Kit de penos
- Calçar luvas esterilizadas
- Colocar campo esterilizado


13

 **Procedimento(cont.)**

- Observar o local de inserção do catéter para avaliação de sinais inflamatórios (por ex. rubor, exsudado).
- Palpar o local de inserção para avaliar se o doente tem dor.




14

 **Procedimento(cont.)**

- Colher uma zaragatoa, se no local de inserção do catéter existir presença de exsudado;
- Lavar com SF se presença de sangue;


Nota: Evitar movimentos de tracção/rotação do catéter que possam levar ao aparecimento de traumatismos e aumentar assim o risco de infecção;

15

 **Procedimento**

- Fazer a antissépsia do local de inserção do catéter, com Cutasept®, usando movimentos circulares do centro para a periferia;
- Aguardar o tempo de actuação dos produtos usados, deixando-os secar.


16

 **Procedimento**

- Colocar compressas esterilizadas sobre o local de inserção do catéter, e também ao longo deste, para prevenir que resíduos de cola adiram ao próprio catéter
- Colocar Tegaderm®

O penso do catéter deve ser feito em cada sessão de hemodiálise ou em SOS, usando sempre a técnica asséptica.

17

 **Procedimento**

COLHEITA DE SANGUE OU ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA, A PARTIR DO CATÉTER VENOSO CENTRAL DE HEMODIÁLISE

18



Procedimento

A manipulação do catéter de hemodiálise, para colheita de sangue ou administração de terapêutica, **deve ser feita apenas como último recurso quando não existem outras vias de acesso.**

19



Material Necessário

- ✓ Máscaras (utente e enfermeiro)
- ✓ Luvas não esterilizadas
- ✓ Luvas esterilizadas
- ✓ Campo esterilizado com óculo
- ✓ Compressas esterilizadas 10x10 cm
- ✓ Álcool 70°, Clorhexidina® a 2% ou Cutasept®

20



Material Necessário (CONT.)

- ✓ Soro Fisiológico (SF)
- ✓ Tegaderm (membrana adesiva IV3000 10x12)
- ✓ Heparina
- ✓ 2 Seringas de 5cc
- ✓ 1 Seringa de 10cc
- ✓ Seringa para a colheita de sangue, se for o caso

21



Procedimento

- Colocar máscara (enfermeiro e doente)
- Calçar luvas esterilizadas
- Colocar campo com óculo, de forma a que as extremidades do catéter fiquem sobre ele

22



Procedimento

- Lavar com SF e desinfetar com álcool 70° a extremidade a usar
- Clampar a via que vai ser manipulada e retirar a tampa
- Adaptar a seringa de 5cc e de seguida desclampar a via

23



Procedimento

- Aspirar e rejeitar a quantidade de sangue/heparina que está inscrita no próprio lúmen, acrescentando mais 0,2cc ao valor referido (se no lúmen do catéter não houver referência ao volume a aspirar devem ser retirados pelo menos 3cc de sangue/heparina)
- Retirar a quantidade de sangue necessária para as colheitas ou administrar a terapêutica pretendida.

24

Procedimento

- Lavar a via utilizada com 10 cc de SF
- Heparinizar o catéter com 2,2 cc ou 3 cc de heparina pura, conforme valor indicado pelo catéter

25

Procedimento

- Clampar o ramo que foi usado e adaptar a tampa
- Realizar penso ao catéter segundo procedimento

26

Plano de Cuidados



27

Atitudes Terapêuticas Prescritas

Atitude Terapêutica	Data	hora	Data	hora	Obs
DIETA (VER OBSERVAÇÕES)	2010.05.30	15:25			
PESQUISA QUÍMICA CAPILAR	2010.05.30	15:25			
MONITORIZAÇÃO DE BCO/FC/FR/SAO2	2010.05.30	15:25			
OUTRA ATITUDE (VER OBSERVAÇÕES)	2010.05.30	15:25			
CATETERISMO CENTRAL	2010.05.30	09:54			
OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL 2L/MIN	2010.05.31	10:18			
OUTRA ATITUDE (VER OBSERVAÇÕES)	2010.05.31	10:18			

Horário
 de x em x horas ☐ hora fixa ☐ dia(s) e hora(s) fixa...
 dia(s) e hora(s) fixa... ☐ agora ☐ por turnos ☐ S.O.S ☐ turno fixo

Observações
 Penicilina (para HD)

Nº Internamento:
 Serviço: MEDICIN Data/Hora Entrada: 2010/05/30 - 09:54 horas Nº Cama: 015

28

Intervenções

Incentivar a pessoa a posicionar-se
 Trocar dispositivos de imobilização
 Assistir a pessoa no posicionamento
 Otimizar a ventilação através de técnica de
 Vigiar a respiração
 Monitorizar peso corporal
 Aplicar creme
 Executar tratamento ao local de inserção do cateter

Intervenções do Serviço

Colaborar na colocação de cateter central
 Executar tratamento ao local de inserção do cateter
 Otimizar cateter central
 Remover cateter venoso central
 Trocar dispositivos de perfusão
 Vigiar penso de cateter
 Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter

Horário
☐ sem horário ☐ de x em x horas ☐ S.O.S ☐ hora fixa
☐ dia(s) e hora(s) fixa... ☐ agora ☐ por turnos ☐ turno fixo

Nº Internamento:
 Serviço: MEDICIN

Record: 1/7

29

Questões



30



Referências Bibliográficas

- FERREIRA, V.; ANDRADE, D.; SANTOS, C.; NETO, M. 2005. *Infecção em pacientes com cateter temporário duplo-lúmen para a hemodiálise*. Revista Panamericana de Infectologia. [On line]. 7(2):16-21. Disponível em: http://www.revista-api.com/2%20edicao%202005/pga/art_2.html. [18 de Maio de 2010].
- FERREIRA, V.; ANDRADE, D. 2007. *Cateter para hemodiálise: retrato de uma realidade*. Revista de Medicina – Ribeirão Preto. [On line]. 40 (4): 582-588. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n4/ao4_cateter_hemodialise_retrato_uma_realidade.pdf. [18 de Maio de 2010].
- ANDRADE, G; BRITO, Norma; MARQUES, Romero; BONFIM, Ângelo; ABATH, Carlos. 2005. *Manejo dos cateteres de hemodiálise: papel dos procedimentos intervencionistas*. Jornal Brasileiro de Nefrologia. [On line]. 27 (3): 150-156. Disponível em: www.jbn.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=27627-03-08 [20 de Maio de 2010].
- UNINEFRO,SA. 2008. *Manual de normas e procedimentos técnicos de enfermagem*.



OBRIGADO!

Anexo 2 – “O Enfermeiro na Abordagem ao Doente com Sépsis”

A – Fundamentação Teórica

B – Póster “O Enfermeiro na Abordagem ao Doente com Sépsis”

A – Fundamentação Teórica



MESTRADO EM ENFERMAGEM

COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO – MÓDULO URGÊNCIA

O Enfermeiro na Abordagem ao Doente com Sépsis

Trabalho elaborado por:

Enf.^a Daniela Silva

Enf.^a Ana Guedes

Enf.^o Armando Outor

Junho de 2010

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO	3
2 – SÉPSIS	4
2.1. – FISIOPATOLOGIA	5
2.2. – DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	5
2.3. – TRATAMENTO	7
3 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM SÉPSIS	9
4 – CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

1. INTRODUÇÃO

A Via Verde Sépsis foi implementada recentemente no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano. Tendo os enfermeiros do mesmo serviço recebido formação recentemente, consideramos pertinente reflectir sobre o papel que este profissional desempenha na abordagem ao doente com sépsis. Aquando do acompanhamento de algumas activações da via verde sépsis, detectamos a necessidade de sistematizar os conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros na formação teórica, principalmente no que se refere ao processo de enfermagem, tendo em conta a orientação dos profissionais para a gestão de sinais e sintomas e para as intervenções interdependentes.

Considerando alguma desmotivação da equipa para a formação em serviço no momento, devido a processos de mudança e insegurança que atravessam, decidimos partilhar este conhecimento através da elaboração de um póster, ao invés de o fazer mediante uma acção de formação formal. O póster é um tipo de comunicação científica escrita que visa a partilha sucinta de informação importante, captando a atenção do público pelo grafismo em que a informação é apresentada.

O presente documento visa uma pesquisa de evidência científica no sentido de constituir a base teórica do poster a elaborar para apresentação no SU referido, abordando um pouco da fisiopatologia da sépsis e realizando, *a posteriori*, uma reflexão sobre o planeamento de cuidados de enfermagem ao doente com sépsis.

2. SÉPSIS

A sépsis corresponde a uma infecção generalizada através da corrente sanguínea. De acordo com os estudos referidos pela Administração Regional de Saúde do Norte (2009) 22% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos são devidas a sépsis adquirida na comunidade, sendo que a taxa de mortalidade ronda os 38% e nas formas mais graves (choque séptico) chega aos 51%.

Desta forma, é possível afirmar que a sépsis é um grave problema de saúde pública tal como o acidente vascular cerebral (AVC) e o enfarte agudo do miocárdio (EAM). Além disso, a incidência da sépsis tem vindo a aumentar cerca de 1,5% por ano, ao invés das doenças cardiovasculares que têm registado uma diminuição na mesma taxa. A gravidade dos casos de sépsis também registou um aumento, reconhecido pelo maior número de casos associados a falência orgânica, ainda que a taxa de mortalidade tenha decrescido cerca de 5-10% nos últimos dez anos.

O aumento da incidência deve-se a factores como o envelhecimento da população, a maior longevidade de doentes crónicos, o número crescente de doentes imunodeprimidos por doença e/ou iatrogenia e ao maior recurso a técnicas invasivas.

Há um conjunto de atitudes que desde que realizadas numa fase precoce da doença permitem reduzir a morbi-mortalidade da sépsis, sendo estas: a identificação e estratificação rápida de doentes, a utilização rápida da antibioterapia adequada e de estratégias de ressuscitação hemodinâmica guiada por objectivos.

Por cada hora de demora na instituição do antibiótico adequado regista-se uma redução de 7,6% na sobrevivência.

Tendo por base todos estes dados e considerando a importância da melhoria dos timings de resposta dos serviços de urgência, nomeadamente na demora até ao doseamento de lactato sérico e ao timing de administração de antibioterapia foi criada a Via Verde Sepsis – Norte (VVS-N), pela ARS, à semelhança do que havia já acontecido com a abordagem aos doentes com AVC e síndrome coronário agudo.

2.1 FISIOPATOLOGIA

A sépsis é uma infecção sistémica que para além de rapidamente disseminada é de difícil reconhecimento.

Trata-se de um processo complexo, sendo uma resposta sistémica do organismo à infecção. Quando este não é capaz de limitar a infecção ao foco inicial e à sua fonte, o agente acede à corrente sanguínea, causando a sépsis. Esta resposta associa-se à inflamação, coagulopatia e redistribuição do fluxo sanguíneo.

Quando o microrganismo ou antigénio invasor atingem a corrente sanguínea, provocam a libertação de endotoxinas, uma substância tóxica habitualmente associada às bactérias gram negativas. Em resposta a este acontecimento o sistema imunitário liberta mediadores pró-inflamatórios, tais como prostaglandinas, citocinas, factor de necrose tumoral e interleucinas.

As citocinas são imunomoduladores libertados pelos leucócitos em resposta às endotoxinas e, juntas, são as principais responsáveis pela vasodilatação, aumento da permeabilidade capilar e coagulação aumentada. Numa pessoa saudável e em circunstâncias normais, o organismo é capaz de controlar os processos, mas no doente séptico, as endotoxinas estimulam a libertação exagerada de imunomoduladores, causando também uma resposta excessiva.

A vasodilatação é a forma do organismo responder à necessidade de aumentar o fluxo sanguíneo à área afectada, transportando, portanto, mais macrófagos para controlar a infecção original. Contudo, a vasodilatação sem o aumento proporcional do volume sanguíneo leva a hipotensão. A permeabilidade capilar permite a fuga do líquido para o terceiro espaço, causando edema e reduzindo, mais ainda, a pressão sanguínea.

Concomitantemente, a fibrinólise é inibida o que se traduz na formação de coágulos como tentativa de contenção do antigénio. No entanto, a formação de coágulos de fibrina produz microtromboses, que agravam a hipoperfusão dos tecidos, podendo ainda provocar necrose destes ou mesmo falência de órgão. Toda esta cascata de acontecimentos está na origem da coagulopatia de consumo que acontece na sépsis (Dellacroce, 2009).

2.2 DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Embora a palavra sépsis seja muito usada pelos profissionais de saúde, trata-se de uma doença muito complexa e que nem sempre foi bem definida. Deste modo, sentiu-se a necessidade de clarificar conceitos e definir critérios bem estabelecidos para este diagnóstico.

Os critérios foram assim definidos na *2001 International Sepsis Definitions Conference*, tendo sido determinado o seguinte:

Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica (SIRS) – Tipicamente a fase inicial da sépsis, corresponde à resposta sistémica do organismo a qualquer agressão que resulte na activação do sistema imunitário. A resposta imunitária é uma tentativa de manter a homeostasia corporal. A infecção é apenas uma das responsáveis pela SIRS, tendo em conta que esta poderá ser despoletada por trauma, queimaduras ou qualquer outro processo inflamatório como por exemplo, a pancreatite. Assim, é possível um doente ter uma SIRS sem desenvolver uma sépsis. É possível diagnosticar uma SIRS sempre que dois ou mais critérios dos seguintes estejam presentes:

- Temperatura corporal $> 38^{\circ}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$
- Frequência cardíaca superior a 90 batimentos por minuto
- Taquipneia (frequência ventilatória superior a 20 ciclos por minuto)
- $\text{PaCO}_2 < 32 \text{ mmHg}$ (normal = 35 a 45 mmHg)
- Contagem de glóbulos brancos $> 12\,000/\text{mm}^3$ ou $< 4\,000/\text{mm}^3$ (normal 5000 a $10\,000/\text{mm}^3$).

Sépsis – Está presente quando o doente com SIRS tem uma infecção documentada. Esta infecção pode ser bacteriana, vírica ou fungica.

Sépsis Severa – é definida por sépsis complicada por disfunção de órgão, hipotensão ou hipoperfusão e é considerada a maior causa de morte de unidades de cuidados intensivos (excepto no caso das cardio-torácicas). Os sinais de disfunção de órgão incluem:

- ✓ Alteração do estado de consciência
- ✓ Oligúria aguda (débito urinário inferior a 0,5 ml/kg/h)
- ✓ Hiperglicemia na ausência de diabetes
- ✓ Hipoxemia
- ✓ Coagulopatia (com INR $> 1,5$)
- ✓ Atonia gástrica / ileus paralítico

Considera-se hipotensão quando a pessoa apresenta valores inferiores a 90mmHg de pressão sistólica ou inferiores a 60 mmHg de pressão arterial média. A hipoperfusão é evidenciada pelo aumento do lactato sérico (produzido pelo metabolismo anaeróbio por insuficiente quantidade de oxigénio e quando $> 3 \text{ mmol/L}$) e pelo lento repleenchimento capilar (superior a 2 segundos).

Choque Séptico – Caracterizado pela hipotensão persistente que não responde à fluidoterapia, ou seja, falência circulatória (Levy et al, 2003).

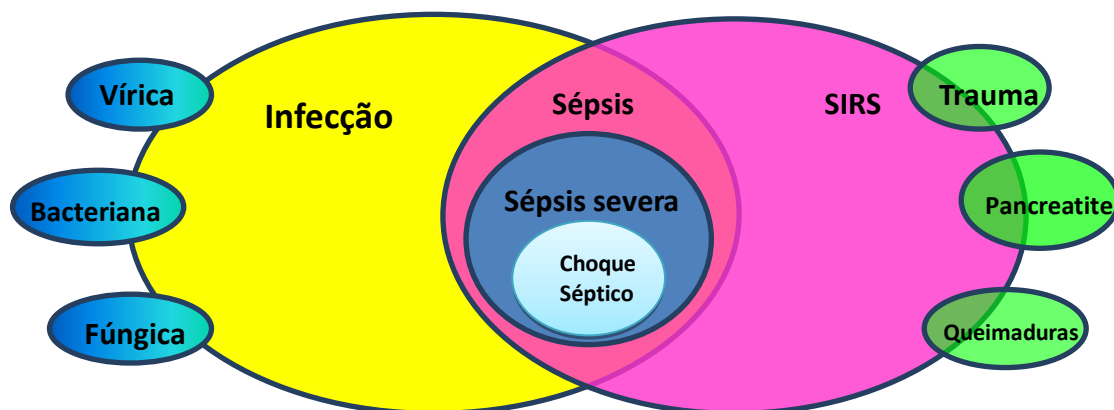


Fig. 1 – Relação entres os vários conceitos envolvidos na sepsis

2.3 TRATAMENTO

Preconiza-se que nas 6 horas iniciais de “ressuscitação” do doente com sépsis severa seja efectuado o doseamento de lactato, as hemoculturas e instituídas a antibioterapia, a fluidoterapia para reversão da hipotensão e caso indicado os vasopressores (Dellacroce, 2009).

São colhidas hemoculturas para identificar o foco de infecção e de seguida é iniciada antibioterapia de amplo espectro, tão rapidamente quanto possível para evitar a progressão da patologia. Assim que os resultados das hemoculturas sejam conhecidos, o antibiótico deve ser mudado para um de espectro mais reduzido e adequado ao agente etiológico identificado, para evitar desenvolvimento de estirpes resistentes à antibioterapia.

Os antibióticos no Serviço de Urgência devem respeitar os protocolos locais a título de exemplo a Administração Regional de Saúde do Norte (2009) defende o seguinte:

1. Pneumonia da comunidade – ceftriaxone + macróido
2. Infecção intra-abdominal – cefalosporina de 3.^a geração + metranidazol / ertapenem
3. Infecção urinária grave – cefalosporina de 3.^a geração
4. Meningite da comunidade – ceftriaxone + / - ampicilina
5. Sépsis sem foco evidente - ceftriaxone

A fluidoterapia tem como objectivos iniciais uma pressão arterial média superior a 65 mmHg e um débito urinário superior a 0,5 ml/kg/h. Caso o doente tenha um catéter venoso central que possibilite a monitorização, os objectivos passam por manter uma pressão venosa central (PVC) de cerca de 8 a 12 mmHg.

Deverá ser levado a cabo um *fluid challenge* com cristalóides ou colóides. Normalmente, o *fluid challenge* consiste na infusão de 500 a 1000 ml de cristalóides ou 300 a 500 ml de colóides durante 30 minutos. No fim da administração será reavaliada a pressão arterial, bem como o débito urinário percebendo se registou alguma melhoria.

À medida que se agrava o quadro regista-se uma falência multiorgânica, sendo necessário implementar medidas intensivas de suporte, nomeadamente ventilação invasiva, fármacos vasoactivos entre outras. No entanto, estes cuidados são já do âmbito da Unidade de Cuidados Intensivos pelo que não serão abordados neste contexto, uma vez que não é o objectivo deste trabalho.

3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM SÉPSIS

O Enfermeiro tem uma posição privilegiada na abordagem ao doente com sepsis desde a sua admissão na pré – triagem, uma vez que é a este profissional que cabe a activação da Via Verde Sepsis mediante os critérios pré-estabelecidos pela Administração Regional de Saúde

(2009):

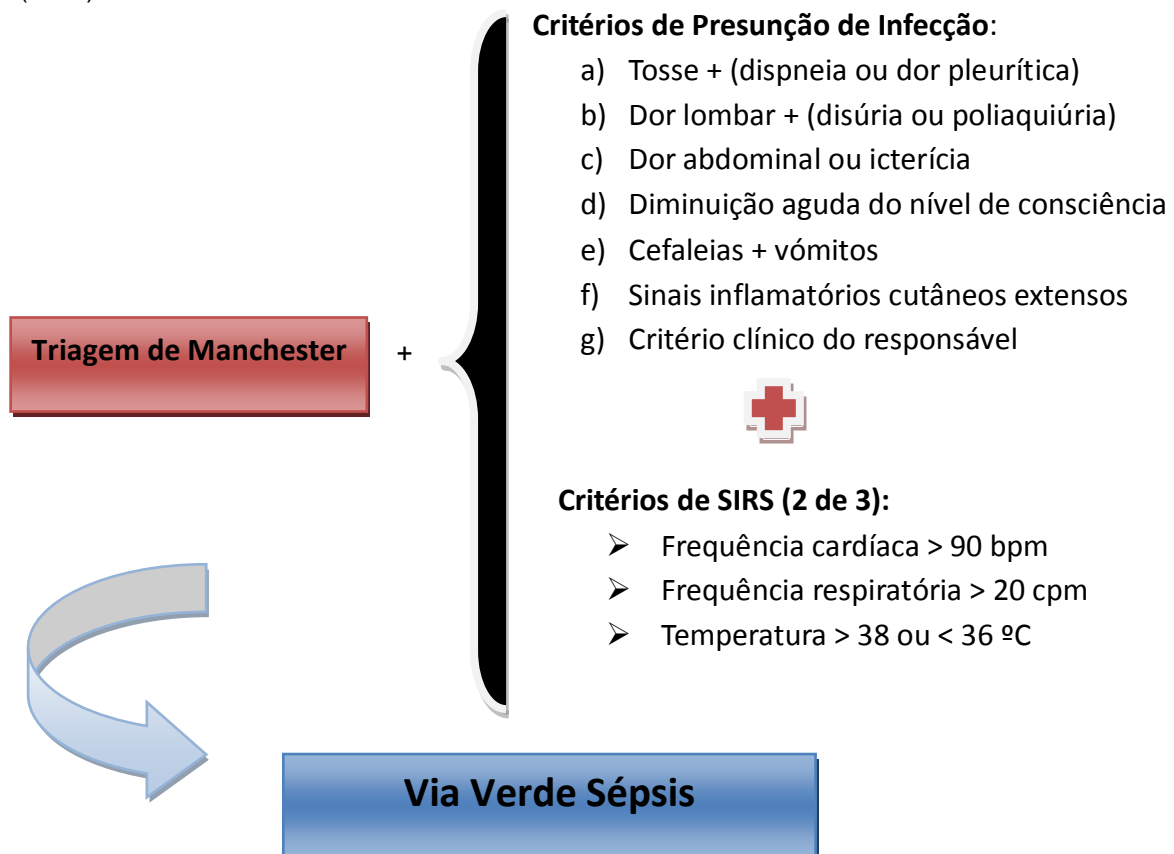


Fig. 2 – Algoritmo de activação da Via Verde Sepsis na Triagem

Depois de efectuada a triagem e na fase seguinte da abordagem do doente, predominam as intervenções interdependentes, uma vez que o objectivo seguinte é validar o diagnóstico de sepsis.

Assim que são obtidos os resultados de lactato sérico e depois da avaliação dos sinais vitais, o enfermeiro executa algumas das seguintes intervenções:

- Executar colheita de produtos biológicos para análise

- Cateterizar veia periférica
- Inserir catéter urinário
- Administrar antibioterapia prescrita

No que concerne ao processo de enfermagem, os focos de atenção mais frequentes são: a febre ou hipotermia (tendo em conta que ambos podem surgir na sequência da Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica); a perfusão de tecidos (devido à vasodilatação secundária à libertação de múltiplas substâncias pró-inflamatórias e consequente lesão do endotélio vascular, a perfusão tecidular fica comprometida); a dispneia em repouso (devido a falência respiratória) e a ansiedade transversal a eventos de vida críticos como este.

Tabela 1 – Cuidados de Enfermagem ao Doente com Febre

FEBRE	
Relacionada com doença e concomitantes efeitos das endotoxinas sobre o centro regulador hipotalâmico da temperatura (Swearingen e Keen, 2001)	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM / ACTIVIDADES DIAGNÓSTICAS	JUSTIFICAÇÃO
Monitorizar temperatura corporal	Temperaturas acima dos 40°C representam risco de crise convulsiva, sendo que acima de 45°C são incompatíveis com a vida (Carpenito, 2002).
Promover arrefecimento corporal	O arrefecimento corporal promovido pela remoção de roupa, banhos tépidos, líquidos EV arrefecidos e lençol de arrefecimento (quando prescrito), contribui para a manutenção de valores inferiores a 40°C e conforto do doente (Swearingen e Keen, 2001).
Gerir a administração de antipirético	Manutenção da temperatura corporal dentro dos valores considerados fisiológicos, para diminuir a sobrecarga cardíaca e o consumo de oxigénio (Swearingen e Keen, 2001).

Tabela 2 – Cuidados de Enfermagem ao Doente com Hipotermia

HIPOTERMIA	
Relacionada com doença e concomitantes efeitos das endotoxinas sobre o centro regulador hipotalâmico da temperatura (Swearingen e Keen, 2001)	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM / ACTIVIDADES DIAGNÓSTICAS	JUSTIFICAÇÃO
Monitorizar temperatura corporal	Temperaturas abaixo dos 35°C podem potenciar o desenvolvimento de arritmias fatais (Carpenito, 2002).
Promover aquecimento corporal	O doente deve manter-se normotérmico. Usar mantas de aquecimento para subir a temperatura corporal, uma vez que os dispositivos de aquecimento podem lesar as células isquémicas dos tecidos periféricos (Swearingen e Keen, 2001).

Tabela 3 – Cuidados de Enfermagem ao Doente com Dispneia em Repouso

DISPNEIA EM REPOUSO	
Relacionado com alterações da membrana alvéolo – capilar, secundárias a edema intersticial, destruição alveolar e libertação de endotoxinas com activação de cininas e histamina (Swearingen e Keen, 2001)	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM / ACTIVIDADES DIAGNÓSTICAS	JUSTIFICAÇÃO
Manter via aérea permeável	Ajudar o doente a tossir ou aspirar se necessário (Swearingen e Keen, 2001)
Monitorizar frequência ventilatória	O aumento da frequência ventilatória é um dos primeiros sinais de dificuldade respiratória (Dellacroce, 2009)
Monitorizar Saturação Periférica de Oxigénio (SpO2)	Permite a avaliação da oxigenação periférica dos tecidos e perceber se o aporte de oxigénio administrado ao doente é adequado (Bulecheck e McCloskey, 2008). A deficiente SpO2 pode indicar necessidade de ventilação invasiva (Swearingen e Keen, 2001).
Vigiar sinais de dificuldade respiratória	Permite detectar Síndrome de Dificuldade Respiratória no Adulto rapidamente, possibilitando o ajuste da terapêutica. A presença de fôvres na auscultação pulmonar pode indicar acumulação de líquidos (Swearingen e Keen, 2001).
Gerir oxigenoterapia	Optimizar a administração de oxigénio de modo a evitar a hipóxia (Swearingen e Keen, 2001).
Elevar cabeceira do leito	Permite a optimização da ventilação devido à melhor expansão torácica (McCloskey e Bulecheck, 2008).

Tabela 4 – Actividades diagnósticas referentes ao foco de atenção: Perfusão dos Tecidos

PERFUSÃO DOS TECIDOS	
Diminuição da perfusão cerebral, renal e gastrointestinal, relacionada com hipovolemia, secundária a vasodilatação (fase precoce); interrupção da circulação sanguínea arterial e venosa, secundária a vasoconstrição e à obstrução por trombos (fase tardia) (Swearingen e Keen, 2001)	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM / ACTIVIDADES DIAGNÓSTICAS	JUSTIFICAÇÃO
Avaliar estado de consciência (segundo Escala de Coma de Glasgow)	Indicador da diminuição da perfusão cerebral (Swearingen e Keen, 2001)
Monitorizar Pressão Arterial	A monitorização continua da PA permite detectar perfusão dos tecidos diminuída, sendo manifestações comuns: pressão arterial sistólica diminuída, pressão diastólica normal ou aumentada (Swearingen e Keen, 2001).
Monitorizar tempo de repleenchimento capilar	O tempo de repleenchimento capilar é superior a 2 segundos quando há diminuição da perfusão dos tecidos (Swearingen e Keen, 2001).
Monitorizar Pressão Venosa Central (PVC)	A manutenção da PVC entre 8 a 12 mmHg é o objectivo (ARS Norte, 2009).
Monitorizar Débito Urinário	Avaliação dos sinais de diminuição de perfusão renal indicada por um débito urinário inferior a 0,5 ml/kg/h (Swearingen e Keen, 2001).
Avaliar cor da pele	A cor da pele é pálida ou marmoreada pela diminuição da perfusão (Swearingen e Keen, 2001).
Vigiar sinais de desidratação	Devido à perda de líquidos do espaço vascular, secundária ao aumento da permeabilidade capilar e ao desvio do volume intravascular para os espaços intersticiais (Swearingen e Keen, 2001).

Tabela 5 – Cuidados de Enfermagem ao Doente com Ansiedade

ANSIEDADE (pessoa em situação crítica / família)	
Relacionada com a ameaça de morte real ou potencial, a alteração do estado de saúde, a ameaça ao auto-conceito ou papel, bem como com o facto de se encontrar num ambiente estranho com desconhecidos (Swearingen e Keen, 2001)	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM / ACTIVIDADES DIAGNÓSTICAS	JUSTIFICAÇÃO
Informar, periodicamente, pessoa e família acerca do seu estado de saúde	O conhecimento sobre a sua evolução reduz os níveis de ansiedade (Carpenito, 2002).
Encorajar a verbalização de sentimentos pela pessoa e pela família	Estabelecimento de uma atmosfera que permita a expressão livre e consequente redução dos níveis de ansiedade (Swearingen e Keen, 2001)
Fornecer apoio emocional à pessoa e família	O simples “permanecer junto” proporciona segurança e bem-estar à pessoa e família (Carpenito, 2002).

4. CONCLUSÃO

Este trabalho possibilitou-nos o aprofundamento dos conhecimentos anteriormente desenvolvidos acerca da fisiopatologia da sépsis, quer no âmbito da unidade curricular de Patologia e Terapêutica quer no módulo de Cuidados Intensivos da unidade curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica II.

A pesquisa da melhor evidência científica disponível permitiu-nos assim, além da construção da base teórica de apoio à elaboração do poster a apresentar no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano, uma reflexão acerca dos cuidados de enfermagem ao doente com Sépsis.

Neste sentido, pensamos que se encontram reunidas todas as condições para que deixemos o nosso contributo ao nível da formação em serviço, mediante uma estratégia diferente das habituais sessões formais para as quais os profissionais se encontram desmotivados de acordo com o que verbalizam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE (2009) – Via Verde Sepsis.

CARPENITO, Lynda Juall (2002) – *Diagnósticos de Enfermería – Aplicaciones a la práctica clínica*. Madrid: McGraw – Hill Interamericana.

DELLACROCE, Heather (2009) – Surviving Sepsis: The role of the nurse. RN. N.º 72, (p. 16-21). [On line] Disponível em: <http://web.ebscohost.com/>. Consultado em: 26 de Abril de 2010.

MCCLOSKEY, Joanne; BULECHEK, Gloria (2008) – *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. 4.ª Ed. São Paulo: Artmed.

LEVY, M.; FINK, M.; MARSHALL, J.; ABRAHAM, E.; ANGUS, D.; COOK, D.; COHEN, J.; OPAL, S.; VINCENT, J.; RAMSAY, G. 2003. 2001 SCCM / ESICM / ACCP / ATS / SIS / International Sepsis Definitions Conference. Intensive Care Medicine. [On line], 29 (1): 530 – 538. Disponível em: <http://www.esicm.org/data/upload/PDF/08-library/0A-guidelines-recommendations/sepsis/file4.pdf>

SWEARINGEN, Pamela L.; KEEN, Janet Hicks (2001) – *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos – Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. 4.ª Ed. Camarate: Lusociência.

B – Poster “O Enfermeiro na Abordagem ao Doente com Sépsis”

**Anexo 3 – “O Enfermeiro na Abordagem ao Doente Submetido a
Cateterismo Cardíaco”**

A – Fundamentação Teórica

B – Diapositivos da Sessão de Formação

C - Póster “O Enfermeiro na Abordagem ao Doente Submetido a
Cateterismo Cardíaco”

A – Fundamentação Teórica



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

MESTRADO EM ENFERMAGEM

COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO – MÓDULO URGÊNCIA

O ENFERMEIRO NA ABORDAGEM AO DOENTE SUBMETIDO A CATETERISMO CARDÍACO

Trabalho elaborado por:

Armando Outor

Ana Guedes

Daniela Silva

Junho de 2010

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	3
2. DOR ISQUÉMICA	4
2.1. Electrocardiografia	4
2.2. Enfarte Agudo do Miocárdio	5
2.3. Cateterismo Cardíaco	6
2.3.1. Cuidados de Enfermagem ao doente submetido a cateterismo cardíaco	6
3. CONCLUSÃO	8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	9

1. INTRODUÇÃO

O sofrimento e os custos causados pelas doenças cardiovasculares, deram-lhes uma marcada preponderância, de tal forma que estas doenças se podem considerar, hoje, como verdadeiras doenças sociais.

Na sequência do estágio no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano e tendo em conta que este é dotado de Via Verde Coronária e Unidade de Dor Torácica (UDT), sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a abordagem ao doente com Síndrome Coronário Agudo.

Neste contexto dirigimos a nossa atenção ao doente com enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST, na medida em que, frequentemente estes doentes necessitam de ser encaminhados para a Sala de Hemodinâmica do Hospital de S. João para a realização de cateterismo, intervenção após a qual regressam à UDT. Consideramos pertinente reflectir acerca dos cuidados de enfermagem ao doente submetido a esta estratégia de reperfusão e sobretudo, esclarecer algumas questões levantadas pelos enfermeiros do serviço.

O presente documento visa, assim, a pesquisa da evidência científica disponível no sentido de constituir a base teórica da sessão de formação e pôster a apresentar no Serviço de Urgência referido. A realização do pôster tem como objectivo a sistematização da evidência apresentada, tentando traduzir um suporte simples e apelativo da informação a transmitir.

São abordados para além dos cuidados de enfermagem, a electrocardiografia e os cateterismos cardíacos, exames de diagnóstico fulcrais na abordagem ao doente com Síndrome Coronário Agudo.

2. DOR ISQUÉMICA

A dor isquémica é um dos focos de atenção mais frequentes no Serviço de Urgência, essencialmente associado a patologias incluídas nas arritmias e no Síndrome Coronário Agudo (que reúne patologias como a angina instável, o enfarte agudo do miocárdio sem supradesnivelamento de ST e o enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST).

Na abordagem precoce dos doentes com esta clínica de dor isquémica preconiza-se que seja realizado um electrocardiograma nos primeiros 10 minutos após admissão no SU, de forma a iniciar o processo diagnóstico, a estratificação do risco e perceber qual a melhor estratégia de reperfusão caso indicado. A avaliação destes doentes inclui, ainda, a história clínica, o exame físico, o estudo dos marcadores (nomeadamente das enzimas cardíacas) e a utilização de escalas de estratificação de risco (European Resuscitation Council, 2010). Esta monitorização deve ser efectuada de forma seriada, de modo a perceber a evolução do doente e estratificar correctamente o risco cardiovascular.

2.1. ELECTROCARDIOGRAFIA

Para melhor compreender as patologias cardíacas, causadoras dos focos arritmia e dor isquémica é importante ter uma noção, da interpretação de electrocardiogramas.

Por ritmo sinusal (normal) entende-se todo aquele que “satisfaz os seguintes critérios: presença de uma onda P positiva e de aspecto estável antes de cada complexo QRS, todos os intervalos PR entre 0,12 e 0,20 segundos, e um complexo QRS de aparência estável de menos de 0,12 segundos. O intervalo RR é estável, e a frequência cardíaca situa-se entre 60 e 100 pulsações/minuto” (Phipps, Sands e Marek, 2003)

Em relação aos sinais de isquemia visíveis através do ECG a depressão do segmento ST ou inversão da onda T traduzem, habitualmente, isquemia e ondas Q significativas podem indiciar um pré enfarte do miocárdio. O supradesnivelamento do segmento ST é sinónimo de obstrução completa de uma das artérias coronárias, sendo que as derivações do ECG alteradas permitem identificar qual o território do enfarte (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2003).

No que diz respeito à interpretação de ritmos, a taquicardia é definida como o ritmo que cumpre todos os requisitos do sinusal, excepto no que diz respeito à frequência cardíaca, que é superior a 100bpm., encurtando por isso os intervalos entre os complexos QRS (Phipps, Sands e Marek, 2003).

Entende-se por bradicardia o ritmo que cumpre todos os requisitos do sinusal, excepto a frequência cardíaca, que é inferior a 60bpm, estando portanto o intervalo entre os complexos QRS aumentado (Phipps, Sands e Marek, 2003).

A taquiarritmia consiste num ritmo que não cumpre as características do sinusal e é de frequência superior a 100bpm (Phipps, Sands e Marek, 2003).

A bradiarritmia não cumpre as características do ritmo sinusal e é de frequência inferior a 60bpm (Phipps, Sands e Marek, 2003).

As arritmias podem ter complicações a curto prazo como: a paragem Cardio-Respiratória e eventual morte súbita, ou a longo prazo como: a síncope nas bradiarritmias, acidente vascular cerebral, fibrilhação auricular (Mesquita, 2000).

2.2. ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

O Enfarte Agudo do Miocárdio consiste na necrose do miocárdio e leva à morte cerca de 30% do milhão e meio de casos que ocorrem anualmente nos Estados Unidos (Kutty, 2005).

Caracterizado por dor torácica intensa e prolongada, alterações electrocardiográficas progressivas e aumento das enzimas cardíacas, é uma das principais causas de dor isquémica, nos doentes que recorrem ao Serviço de Urgência. Importa referir que o Enfarte Agudo do Miocárdio também pode ocorrer sem dor, principalmente em doentes idosos ou diabéticos (Kutty, 2005).

Outros sintomas do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) são a ansiedade, diaforese, náusea, astenia, taquicardia ou bradicardia e alterações da pressão arterial (hipotensão e bradicardia no EAM da parede inferior, marcados por hiperactividade parassimpática, e hipertensão e taquicardia no EAM da parede anterior, marcados por hiperactividade simpática) (Kutty, 2005).

Doentes que dão entrada no Serviço de Urgência por dor torácica são geralmente triados para a área laranja, sendo activada a Via Verde Coronária que permite a realização imediata de um electrocardiograma para confirmação diagnóstica e emergente instituição da terapêutica de reperfusão indicada. Em caso de Enfarte Agudo do Miocárdio podem ser visíveis supradesníveis do segmento ST no Electrocardiograma (Mesquita, 2000).

A subida das enzimas cardíacas características do Enfarte Agudo do Miocárdio (troponina I, CK-MB, mioglobina e desidrogenase láctica) pode ser evidenciada apenas após 6 horas do início da dor isquémica, razão pela qual muitas vezes os doentes, mesmo após alívio da dor e tendo os primeiros resultados analíticos e Electrocardiogramas normais, permanecem

no Serviço de Urgência por um período de tempo mais prolongado de forma a fazerem segunda colheita para análise e aguardarem esses resultados.

Normalmente, um doente a quem é diagnosticado um Enfarte Agudo do Miocárdio recente, no Serviço de Urgência, é transferido para a Unidade de Dor Torácica em OBS. Posteriormente, caso indicado, é contactado o serviço de Hemodinâmica do Hospital de São João para realizar cateterismo cardíaco.

2.3. CATETERISMO CARDÍACO

Cateterismo Cardíaco é um exame de diagnóstico invasivo realizado por via percutânea, através de acesso vascular periférico arterial e/ou venoso pelo qual se progridem cateteres, sob imagem radiológica até ao coração e cujos os objectivos são : registo hemodinâmico das cavidades cardíacas e grandes vasos, avaliação da função ventricular esquerda, competência das válvulas e da anatomia da árvore coronária (sua permeabilidade) entre outras. Angioplastia Coronária é a técnica pela qual se realiza a dilatação de estenoses provocadas por placas de ateroma nas artérias coronárias com balão e implantação de STENT coronário.(Eeckhout, E; et al , 2006)

2.3.1. Cuidados de Enfermagem ao doente submetido a cateterismo cardíaco

Foco de Atenção	Actividades diagnósticas
Perfusão dos tecidos	Vigiar perfusão tecidular periférica: 15/15 min, durante 1. ^a hora; 1/1 h até primeiras 12 horas; 1 vez/turno após primeiras 12h
Perda sanguínea	Vigiar perda sanguínea

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Conhecimento sobre o exame a realizar não demonstrado [Cateterismo cardíaco]	<p>Ensinar a pessoa sobre o exame a realizar</p> <p>Ensinar a pessoa sobre o pré-operatório</p> <p>Ensinar a pessoa sobre o pós-operatório</p>
Ferida Cirúrgica [Cateterismo cardíaco]- radial/ femoral	<p>Vigiar penso da ferida (1 vez/turno)</p> <p>Vigiar ferida cirúrgica (Turno Manhã / SOS)</p> <p>Executar tratamento à ferida cirúrgica (Turno Manhã / SOS)</p> <p>Ensinar sobre complicações da ferida cirúrgica</p>

Intervenções interdependentes

Aplicar protocolo de Cateterismo Cardíaco:

- Remover pêlos [região inguinal / Radial bilateral]
- Manter jejum [6 h antes do exame]
- Manter repouso na cama [durante 4h se abordagem femoral]
- Inserir catéter venoso periférico

3. CONCLUSÃO

Este trabalho possibilitou-nos o aprofundamento dos conhecimentos anteriormente desenvolvidos acerca da fisiologia do Enfarte Agudo do Miocárdio, alteração do ritmo cardíaco, tratamento do Enfarte Agudo do Miocárdio.

Para além de constituir a base teórica do poster e formação a apresentar no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano esta pesquisa foi um ponto de partida para uma reflexão sobre os cuidados de enfermagem ao doente submetido a cateterismo cardíaco.

Deste modo, pensamos ter dado resposta aos objectivos aos quais nos propusemos contribuindo não só para uma prática de cuidados baseada na evidência, como também para a melhoria da qualidade dos mesmos através da formação em serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING (2005). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem*: Versão 1.0. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa. 203 pps.
- ✓ EECKHOUT, E; LERMAN, A; CARLIER, S. (2006). *Handbook of Complications During Percutaneous Cardiovascular Interventions*. Informa Healthcare.
- ✓ DOENGES, Marilyn; MOORHOUSE, Mary; GEISSLER, Alice. (2003). *Planos de cuidados de enfermagem: orientações para o cuidado individualizado do paciente*. 5ª ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- ✓ KUTTY, Kesavan (2005). *Kochar Tratado de Medicina Interna*. 4ªed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- ✓ MESQUITA, Evandro (2000). *Emergências clínico-cardiológicas : 40 anos de experiência do hospital pró-cardíaco*. Revinter, Rio de Janeiro.
- ✓ PHIPPS, Wilma; SANDS, Judith; MAREK, Jane (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª ed. Lusociência, Loures.

B – Diapositivos da Sessão de Formação

ABORDAGEM AO DOENTE SUBMETIDO A CATETERISMO CARDÍACO

Autores:
Ana Guedes
Armando Outor
Daniela Silva

Junho de 2010

Objectivos

- Definir Cateterismo e Angioplastia Coronária
- Relacionar as alterações do Segmento de ST com a Artéria Coronária
- Uniformizar os cuidados ao doente submetido a um Cateterismo

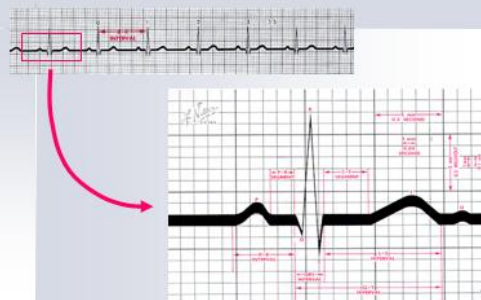
2

Introdução

- A Electrocardiografia é uma parte fundamental da avaliação cardiovascular, sendo uma ferramenta essencial para investigar as arritmias cardíacas e também no diagnóstico do Enfarte do Miocárdio com supra de ST.
- A oclusão de uma artéria coronária pode ser detectada pela elevação do segmento ST, conforme as derivações.

3

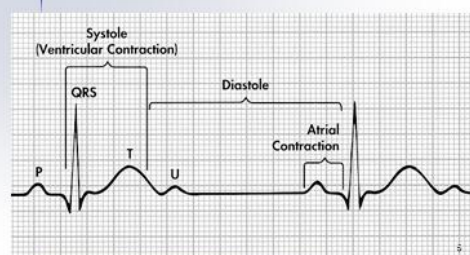
Análise morfológica



Desnívelamentos do segmento ST



Correlação aproximada entre a actividade eléctrica e a actividade mecânica



Ventriculografia esquerda



7

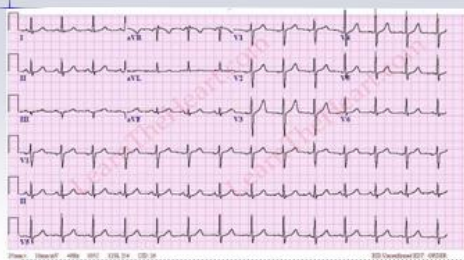
Cateterismo Cardíaco

SAMPLE USE ONLY

© 2008 Nucleus Medical Art. All Rights Reserved.

nucleus
MEDICAL ART

ECG sem alterações



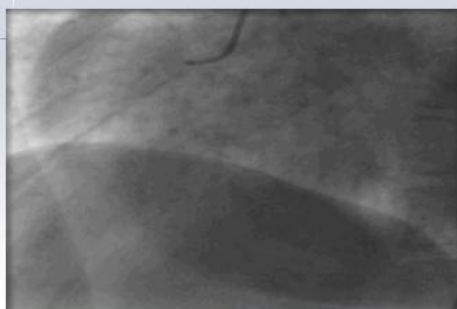
8

Coronária Esquerda



10

Coronária Direita



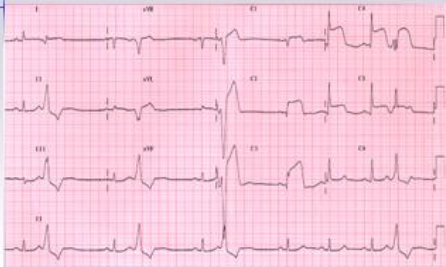
11

Fisiopatologia do Enfarte



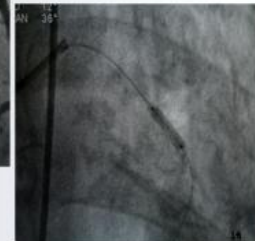
12

Enfarte Anterior



13

Descendente Anterior

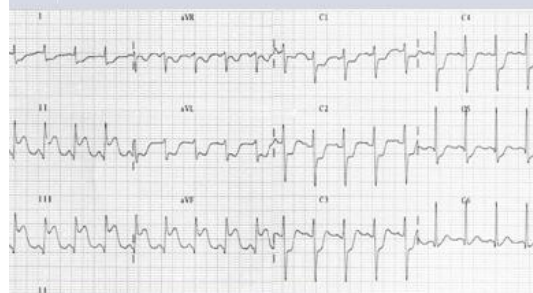


Resultado Final



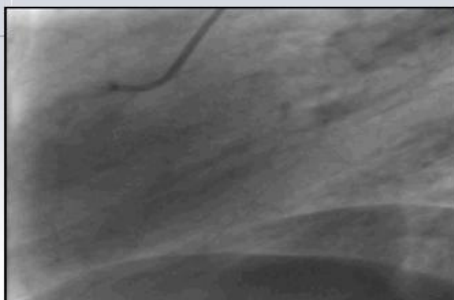
14

Enfarte Inferior



15

Coronária Direita



17

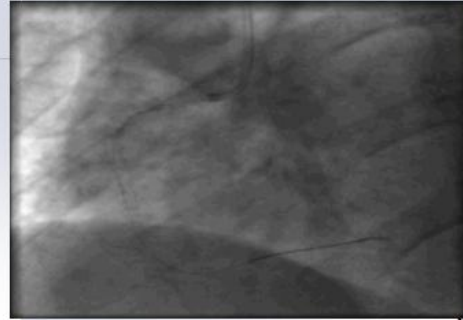
ICP da Coronária Direita



18

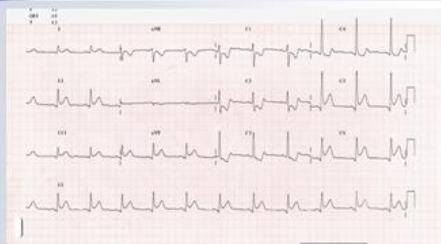


19



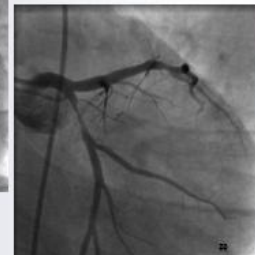
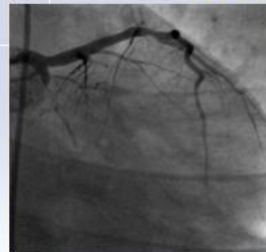
20

Enfarte Infra-Lateral



21

Circunflexa



22

Resultado final



23

Cuidados de Enfermagem

Foco de Atenção	Actividades diagnósticas
Perfusão dos tecidos	Vigiar perfusão tecidual periférica: 15/15 min, durante 1.ª hora; 1/1 h até primeiras 12 horas; 1 vez/turno após primeiras 12h
Perda sanguínea	Vigiar perda sanguínea
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Conhecimento sobre o exame a realizar não demonstrado [Cateterismo cardíaco]	Ensinar a pessoa sobre o exame a realizar Ensinar a pessoa sobre o pré-operatório Ensinar a pessoa sobre o pós-operatório
Ferida Cirúrgica [Cateterismo cardíaco] - radial / femoral	Vigiar penso da ferida (1 vez/turno) Vigiar ferida cirúrgica (turno Manhã / Noite) Executar tratamento à ferida cirúrgica (turno Manhã / Noite) Ensino sobre complicações da ferida cirúrgica

24

Intervenções interdependentes

■ Aplicar protocolo de Cateterismo Cardíaco:

- Remover pêlos [região inguinal / Radial bilateral]
- Manter jejum [6 h antes do exame]
- Manter repouso na cama [durante 4h se abordagem femoral]
- Inserir catéter venoso periférico

26

Questões



26

Bibliografia

- American College of Cardiology / Society for Cardiac Angiography and Interventions. 2001. *Clinical Expert Consensus Document on Cardiac Catheterization Laboratory Standards*. Journal of the American College of Cardiology. [On line]. 37 (8): 2170-2214. Disponível em: http://anica.mylorida.com/mchq/health_facility_regulation/Hospital_Outpatient/forms/Bashore.pdf
- ECKHOUT, Eric, Amir Lerman; CARLIER, Stéphane. 2006. *Handbook of Complications During Percutaneous Cardiovascular Interventions*. Informa Healthcare. 316 pps.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. 2005. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0 (CIEP® versão 1- Tradução oficial Portuguesa)*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa. 203 pps.
- ANGIOPLASTY. ORG. Disponível em: www.ptca.org. [Consultado em: 18 de Junho de 2010].
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Disponível em: <http://www.spc.pt/SPC/areaPrivada/GruposEstudo/hemodinamica/index.aspx>. [Consultado em: 10 de Junho de 2010]

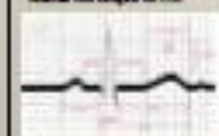
27

C – Póster “O Enfermeiro na Abordagem ao Doente Submetido a Cateterismo Cardíaco”

O ENFERMEIRO NA ABORDAGEM AO DOENTE SUBMETIDO A CATETERISMO CARDÍACO

A Hemodinâmica é uma parte fundamental da avaliação cardiovascular, sendo uma ferramenta essencial para investigar as artérias coronárias e também no diagnóstico de perturbações cardíacas como o Infarto do Miocárdio com supradesnivelamento de ST. A contensão e relaxamento do miocárdio cardíaco resulta da despolarização e repolarização das células do miocárdio, que se traduzem no traçado do ECG. A análise de uma artéria coronária pode ser detetada pela alteração do segmento ST. O Cateterismo Cardíaco é um exame de diagnóstico invasivo realizado por via percutânea, através de acesso vascular periférico arterial e/ou venoso (para qual se utilizam cateteres), sob imagem radiológica até ao coração e após se obterem dados e registar hemodinâmicos das cavidades cardíacas e grandes vasos, avaliação da função ventricular esquerda, competência das válvulas e da anatomia da árvore coronária (sua permeabilidade) entre outros. Angioplastia Coronária é a técnica pela qual se realiza a dilatação de estenoses provocadas por placas de ateroma nas artérias coronárias com balão e implantação de STENT coronário.

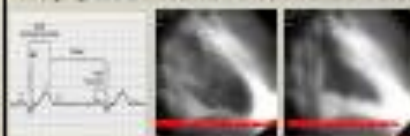
Análise morfológica do ECG



Desvio para cima do segmento ST



Correlação entre o ECG e a anatomia coronária e a anatomia do miocárdio



ECG do ST desvio para cima angiotípico da artéria coronária sem obstrução



ST de desvio para cima angiotípico da artéria coronária descendente anterior (DA)



ST de desvio para cima angiotípico da artéria coronária descendente posterior (DP)



ST de desvio para cima angiotípico da artéria coronária direita (DD)



Formação de trombo



Fragmento de captação de trombo



Perda de dilatação coronária (DAMI)



Foco de Atenção	Atividades diagnósticas
Perfusão dos tecidos	Vigiar perfusão tecidual periférica: 15/15 min, durante 1.ª hora; 1/1 h até primeiras 12 horas; 1 vez/turno até primeiras 12h
Perda sanguínea	Vigiar perda sanguínea
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Conhecimento sobre o exame a realizar não demonstrado [Cateterismo cardíaco]	Ensinar a pessoa sobre o exame a realizar Ensinar a pessoa sobre o pré-operatório Ensinar a pessoa sobre o pós-operatório
Ferida Cirúrgica [Cateterismo cardíaco] - radial / femoral	Vigiar penso da ferida (1 vez/turno) Vigiar ferida cirúrgica (turno manhã / tarde) Executar tratamento à ferida cirúrgica (turno manhã / tarde) Ensinar sobre complicações da ferida cirúrgica

Intervenções Interdependentes

Aplicar protocolo de Cateterismo Cardíaco

- Remover pilos (região inguinal / radial bilaterais)
- Mantém jejum (6h antes do exame)
- Mantém repouso na cama (durante a abordagem femoral)
- Insere cateter venoso periférico

Bibliografia: • BERNARDI, T. (2018). Cateterismo Cardíaco. In: Cateterismo Cardíaco. 1.ª edição. Lisboa: Lidel. 111 p.
• ANGIOLUCCI, C.M. (2018). Cateterismo Cardíaco. 1.ª edição. Lisboa: Lidel. 111 p.
• ANGIOLUCCI, C.M. (2018). Cateterismo Cardíaco. 1.ª edição. Lisboa: Lidel. 111 p.
• ANGIOLUCCI, C.M. (2018). Cateterismo Cardíaco. 1.ª edição. Lisboa: Lidel. 111 p.

Agradecimentos: aos colegas do Centro de Cateterismo Cardíaco, ao Centro de Cateterismo Cardíaco, ao Centro de Cateterismo Cardíaco, ao Centro de Cateterismo Cardíaco.

**Anexo 4 – Projecto de investigação “ Diagnóstico de Necessidades dos
Familiars dos Doentes Internados na UCIP”**



MESTRADO EM ENFERMAGEM

COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE – C. H. V. N. Gaia / Espinho, E. P. E.

**DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DOS FAMILIARES DOS
DOENTES INTERNADOS NA UCIP**

Enf.^a Daniela Silva

Enf.^o Hélder Marques

Porto, Novembro de 2010



MESTRADO EM ENFERMAGEM

COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE – C. H. V. N. Gaia / Espinho, E. P. E.

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DOS FAMILIARES DOS DOENTES INTERNADOS NA UCIP

Enf.^a Daniela Silva

Enf.^o Hélder Marques

Sob orientação de Prof.^a Lúcia Rocha e Enf.^a Chefe UCIP, Amélia Rodrigues

Porto, Novembro de 2010

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	5
3. MATERIAL E MÉTODOS	12
3.1. CARACTERIZAÇÃO DO FENÓMENO DE ESTUDO	12
3.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS	12
3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA	13
3.4. COLHEITA DE DADOS	13
3.5. TRATAMENTO DE DADOS	16
3.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	17
4. CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	21
ANEXOS	24
ANEXO 1 – CRONOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO	25
ANEXO 2 – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	26
ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DE INQUÉRITO	27

1. INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa visa a aquisição, desenvolvimento e integração de saberes para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa adulta e idosa com doença grave e em estado crítico. Deste curso faz parte a realização de um estágio na UCIP C.H.V.N.Gaia / Espinho, entre os dias 04 de Outubro e 27 de Novembro de 2010.

No sentido de atingir os objectivos de estágio e no sentido de satisfazer uma necessidade detectada pelos profissionais da UCIP, foi desenvolvido o projecto de investigação “Diagnóstico de necessidades sentidas pelos familiares dos doentes internados na UCIP”. Este projecto de investigação tem como objectivo contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Serão abordados e desenvolvidos a contextualização teórica do fenómeno em estudo, material e métodos utilizados, caracterização do fenómeno de estudo, questão de investigação e objectivos, população e amostra do estudo, colheita de dados, tratamento de dados, e considerações éticas inerentes ao processo de investigação.

Com este documento pretendemos apresentar um projecto de investigação pronto a ser aplicado e desenvolvido pela UCIP, de acordo com as necessidades sentidas, e com os recursos materiais e humanos disponíveis.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) desenvolveram-se devido à necessidade de um ambiente com recursos materiais e humanos com capacidades técnicas, científicas e humanas para a prestação de cuidados a pessoas em situação crítica, tratando-se de um contexto que proporciona condições de observação, cuidado e assistência médica contínua.

Apesar do benefício deste ambiente tecnológico e humano para a recuperação de saúde, a UCI pode simultaneamente ser interpretada como altamente stressante, fria, agressiva e traumatizante quer para o doente, quer para os familiares (Bettinelli e Erdmann, 2009).

O internamento devido a doença crítica é geralmente considerada uma situação de crise, quer para o doente quer para a sua família. O prognóstico incerto, o medo da morte ou invalidez permanente, as mudanças de papel, questões financeiras e o ambiente da UCI encontram-se entre os factores de stress mais reportados pelas famílias (Bijttebier et al, 2001; Lee et al, 2000). Além disso, uma vez que se trata de uma instalação súbita não é possível prevenir a instalação da ansiedade (Leske, 2004).

A admissão de um doente numa UCI pode originar sentimentos fortes e reacções como negação, raiva, angústia, desesperança, culpa, desamparo e ansiedade (Verhaeghe et al, 2005; Bijttebier et al, 2001 ; Holden et al, 2002). Habitualmente, este turbilhão de sentimentos manifesta-se em especial nas primeiras 72 horas de admissão, sendo que por vezes os familiares estão sujeitos a maior nível de stress que o próprio doente (Bijttebier et al, 2001).

A definição de família alarga-se não só aos membros como esposa e filhos com laços de consanguinidade, mas a outros indivíduos que têm uma relação significativa com o doente. Estes membros significativos têm as mesmas necessidades que a restante família dos doentes internados na UCIP (Gavaghan e Carroll, 2002). De acordo com Friedman (cit. por Lee et al, 2000) a família pode ter duas componentes: estrutura e função, definindo-se assim como conjunto de indivíduos em interacção que geralmente se encontram ligados por laços de sangue, casamento ou adopção e que são interdependentes quer nos seus papéis, quer em determinadas funções.

Na prática clínica pode ser útil considerar a família como grupo de pessoas que partilharam eventos passados, que experimentam ligações emocionais e que participam nos objectivos presentes e planos futuros dos elementos do núcleo, ou seja, os membros da família não são apenas aqueles que se encontram biologicamente relacionados, mas também social e emocionalmente envolvidos (Lee et al, 2000).

De acordo com a CIPE (ICN, 2005) *“Família é um grupo com as características específicas: grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou de legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo”*, sendo esta a classificação defendida pela Ordem dos Enfermeiros e a que consideramos mais pertinente pela sua globalidade.

As mudanças de papel dos familiares podem ameaçar a estabilidade familiar, os recursos e as capacidades de coping.

De acordo com a teoria dos sistemas, a família é mais do que a soma das suas partes dada a contínua interdependência dos seus elementos. Mudanças num dos membros da família causam alterações em todo o sistema graças à dinâmica das relações do mesmo. Esta situação de crise definida como uma quadro agudo emocional que resulta numa incapacidade de adaptação ineficaz (coping ineficaz). Para promover o funcionamento de uma família em crise os enfermeiros terão de ser capazes de um diagnóstico rápido e de uma intervenção eficaz que vise a promoção dos mecanismos de coping e o apoio emocional, cruciais para a manutenção do equilíbrio familiar (Gavaghan e Carroll, 2002).

Devido à gravidade e instabilidade do estado dos doentes na UCI, os profissionais de saúde dirigem, frequentemente, toda a sua energia para o acompanhamento clínico do doente, focando-se na sua avaliação, observação, monitorização de complicações e gestão da tecnologia. A intenção de suporte à família está muitas vezes presente, mas na realidade as necessidades dos familiares são amplamente negligenciadas (Bijttebier et al, 2001; Holden et al, 2002).

Um cuidado de enfermagem humanizado é aquele envolve a família no processo de tratamento, sendo que este envolvimento traduz resultados positivos quer para os doentes quer para as famílias (Verhaeghe et al, 2005). Como prestadores de cuidados holísticos, os enfermeiros devem ser capazes de entender o efeito profundo que uma situação crítica tem na família e, consequentemente, diagnosticar as necessidades dos seus membros nesta crise para poderem intervir correctamente, já que são os profissionais que se encontram mais próximo dos familiares e do doente (Bijttebier et al, 2001; Lee et al, 2000; Gavaghan e Carroll, 2002).

ESPECIFICIDADES DO CONTEXTO UCI

Além dos aspectos culturais, que incutem na população o facto de um internamento na UCI constituir uma sentença de morte, a priorização que os profissionais de saúde dão aos

procedimentos técnicos para suporte e manutenção de vida dos doentes, faz com que os familiares não sejam suficientemente informados e desconheçam as rotinas do serviço o que aumenta, ainda mais, a sua apreensão, ansiedade e sofrimento (Bettinelli e Erdman, 2009).

Jamerson et al (cit. por Verhaeghe et al, 2005) distinguiram quatro fases de adaptação dos familiares dos doentes internados em UCI, que poderão ser ordenadas cronologicamente embora a sua duração varie consoante o percurso de cada família.

A primeira é a fase de espera, caracterizada por um sentimento de tensão, stress e confusão gerado pelo facto dos membros da família terem que aguardar pelo acesso à UCI, até falarem com o médico e poderem obter informação sobre diagnóstico e prognóstico do seu familiar. A família sente-se perdida, desconhecendo frequentemente onde é que o seu ente querido se encontra, como podem obter informações ou como devem agir. Experimentam inúmeras emoções e a sua percepção do tempo varia de tal modo que, por vezes, perdem noção das suas próprias necessidades tais como a alimentação, por exemplo.

Na segunda fase a prioridade é a busca de informação. A família torna-se mais activa e aborda os prestadores de cuidados constantemente, questionando-os. Quando obtêm resposta, são capazes de avançar para a fase seguinte, se isso não acontece “congelam” nesta fase.

A terceira fase caracteriza-se por observação, análise e avaliação do cuidado do doente. Os familiares sentem-se confortáveis ao assistirem à prestação de cuidados ao doente, uma vez que verificam que é proporcionado todo o apoio necessário ao seu membro. Nesta fase, é essencial uma comunicação aberta e flexível (Holden et al, 2002).

Na quarta fase, reúnem-se recursos, os membros da família unem-se aliando as suas capacidades e buscando algum apoio externo ao núcleo por vezes, no sentido de suprir quer as necessidades do doente, quer as suas. Procuram apoio social, privacidade e espaço pessoal. Podem encontrar forças na fé, por exemplo e tentar construir uma rede de segurança para eles e para o doente. Além disso, tentam satisfazer as suas necessidades físicas tanto quanto possível. É importante que nesta fase exista um ambiente adequado para a família, em que seja providenciada uma sala de espera com comida e bebidas disponíveis.

O processo de separação e de perspectiva da perda de alguém significativo é um fenómeno multidimensional que se propaga por toda a família, sendo imperiosa a necessidade adaptativa de todos, isto é, o reconhecimento da realidade, a experiência comum da perda e a reorganização familiar. Uma Enfermagem Avançada será aquela que de forma cada vez mais competente, fundamentada na relação com o outro, criativa e dinâmica, vise a totalidade do outro (Bettinelli e Erdman, 2009).

NECESSIDADES DAS FAMÍLIAS

A avaliação das necessidades é um tema que vem sendo abordado há vários anos, tendo sido já objecto de inúmeros estudos. Grande parte dos mesmos baseiam-se na aplicação do Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) construído por Molter (1979) e revisto por Leske (1986) (cit. por Lee et al, 2000).

O CCFNI prevê a divisão das necessidades dos familiares de doentes internados em UCI em 5 subclasses: informação, segurança, suporte, proximidade e conforto; sendo esta a classificação adoptada neste estudo, uma vez que se tratar da classificação de referência dos autores consultados (Bettinelli e Erdman, 2009; Bijttebier et al, 2001; Lee et al, 2000; Holden et al, 2002; Gavaghan e Carroll, 2002; Yang, 2008; Burr, 1998).

NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO

A necessidade de informação honesta e conhecimento sobre o estado e prognóstico do doente é referida como sendo a mais importante para os familiares do doente, reflectindo a sua necessidade de compreender o estado do doente (Verhaeghe et al, 2005; Holden et al, 2002; Gavaghan e Carroll, 2002; Yang, 2008). Para além disso, é importante que a informação seja o mais precisa possível e numa linguagem acessível ao nível socioeconómico da pessoa (Verhaeghe et al, 2005). A informação pode, assim, contribuir para que a família sinta algum controlo sobre a situação, reduzindo algumas das respostas emocionais negativas que ocorrem quando a família se torna disfuncional (Gavaghan e Carroll, 2002).

Além destas informações, destaca-se o facto de no momento de entrada na UCI, os familiares se depararem com um ambiente totalmente estranho e desconhecem os equipamentos ligados ao doente sendo crucial preparar e orientar os familiares antes da sua entrada na unidade (Bettinelli e Erdman, 2009).

Os familiares identificam como fontes de informação primeiro o médico e depois o enfermeiro. Especificamente, esperam que o médico os informe acerca da condição, prognóstico e tratamento preciso pelo menos uma vez por dia. Dos enfermeiros, esperam informações acerca do cuidado diário do doente, acerca das razões para tratamentos específicos, acerca da UCI no seu todo, das diferentes especialidades e equipamentos presentes na mesma, acerca do que podem ou não fazer junto do doente e acerca da transferência quando adequado. Os familiares preferem, ainda, falar com o mesmo enfermeiro tanto quanto possível.

Embora a necessidade de informação seja muito elevada, na grande maioria das vezes não é satisfeita quer por médicos quer por enfermeiros, quer se trate de uma falha diagnóstica, quer se deva a uma subvalorização da mesma.

Na perspectiva dos enfermeiros, a informação das famílias é primariamente um acto médico, sendo o seu papel subvalorizado no que concerne à comunicação com a família nomeadamente no que concerne ao cuidado diário, à justificação de tratamentos específicos, à unidade, ao equipamento e staff ou então consideram que a necessidade de informação já foi suprida.

Aos olhos dos familiares, os médicos dão informação apenas esporadicamente, embora esta seja crucial para que possam tomar algumas decisões, quer na fase inicial do tratamento quer duas a três semanas após. O profissional que mais os informa é o enfermeiro, no entanto, há uma grande rotatividade no profissional de enfermagem que os informa, o que vai contra o que desejam (Verhaeghe et al, 2005).

NECESSIDADES DE SEGURANÇA (ESPERANÇA)

De acordo com Leske (cit. por Yang, 2008) a necessidade de segurança é definida como a necessidade da família manter a esperança no resultado desejado, para que tal seja possível é crucial a confiança na equipa e no sistema de saúde.

Tal como as necessidades cognitivas, várias necessidades emocionais aparecem nos estudos entre as 10 necessidades mais prementes. Em alguns casos, a necessidade de esperança e segurança torna-se ainda maior do que a necessidade de informação (Verheghe, 2005). Famílias em crise necessitam de suporte para reduzir o nível de ansiedade, adoptar novos mecanismos de coping e maximizar a força requerida para manter uma família funcional.

O facto de os profissionais imprimirem segurança aos familiares, dá-lhes esperança e confiança no sistema de saúde (Gavaghan e Carroll, 2002).

No que se refere à esperança a literatura disponível evidencia dados diferentes conforme a situação do doente. Em situações agudas / traumáticas a necessidade de esperança é uma das mais elevadas, já em doentes crónicos esta decresce, o que pode ser explicado pela mudança inesperada e séria no estado de saúde do primeiro (Verhaeghe et al, 2005). A manutenção de esperança no que concerne ao prognóstico do doente requer o estabelecimento de expectativas claras e realistas entre os prestadores de cuidados e família (Holden et al, 2002; Gavaghan e Carroll, 2002).

A necessidade de segurança traduz-se pela vontade de serem informados permanentemente em casa (via telefone) caso se verifique alguma alteração no estado do doente, bem como pela necessidade de ter a certeza de que o doente recebe o melhor tratamento e se encontra o mais confortável possível. Esta necessidade mantém-se mesmo após 1-2 semanas de internamento na UCI. Para suprir esta necessidade poderá ser útil identificar um porta-voz da família com quem se estabelecerá contacto caso necessário (Gavaghan e Carroll, 2002).

NECESSIDADES DE SUPORTE

Os membros da família necessitam de suporte, de sentir que alguém se preocupa com eles, para que possam expressar as suas emoções (Yang, 2008).

No geral as necessidades de suporte focam-se, essencialmente, na forma como cada um dos familiares lida individualmente com esta transição que poderá ser através do ímpeto de partilhar sentimentos negativos, de falar sobre a morte, de ser encorajado a chorar, por exemplo.

Estas necessidades são identificadas como menos importantes do que as outras que se relacionam com o bem-estar do doente, sendo também subestimadas pelos enfermeiros, que mantêm uma intervenção reduzida neste âmbito. Os médicos também não se preocupam suficientemente com a estabilidade emocional dos familiares (Verhaeghe et al, 2005; Yang, 2008).

As famílias das vítimas de trauma ou doentes neurocríticos consideram mais importante a ajuda espiritual (por exemplo de um padre) do que as famílias de outro tipo de doentes (Verhaeghe et al, 2005). Pode ser necessário requerer a ajuda de outros profissionais como psicólogos, assistentes sociais, grupos de apoio ou outros recursos fornecidos pelo hospital. O acesso a estes recursos deverá ser facilitado pelos enfermeiros (Gavaghan e Carroll, 2002).

NECESSIDADES DE PROXIMIDADE

Segundo Leske (cit. por Yang, 2008), as famílias necessitam de estar física e emocionalmente próximas do doente.

A proximidade com o doente e a oportunidade de o visitar com a maior frequência e duração possíveis, são os factores considerados mais importantes, quer na fase aguda, quer posteriormente (Verhaeghe et al, 2005).

Os familiares faltam ao trabalho, à escola e outros deveres familiares para permanecerem na UCI. Simplesmente não são capazes de sair do espaço, uma vez que têm medo que algo aconteça durante a sua ausência (Yang, 2008).

A restrição das visitas é tido como factor negativo de crucial importância, uma vez que provoca sensação de falta de controlo e impotência (Verhaeghe et al, 2005). Tradicionalmente, as famílias foram sempre os prestadores de cuidados dos seus membros quando os mesmos adoeciam. Com o desenvolvimento tecnológico e do intensivismo, o *locus* de controlo do cuidado ao doente passou dos familiares para o hospital e a restrição das visitas constitui um

impedimento à inclusão da família no plano terapêutico do doente, tornando-os por vezes meros observadores (Gavaghan e Carroll, 2002).

A solução apontada seria a adaptação individual das horas de visita (Verhaeghe et al, 2005), a permissão da presença da família durante procedimentos e tentativas de reanimação e o contacto da família caso se verificasse alguma alteração. A satisfação destas necessidades faz com que a família se sinta emocionalmente próxima do doente, com um papel activo no processo do cuidar do doente (Gavaghan e Carroll, 2002).

Já a necessidade dos familiares de terem próximos da UCI amigos ou outros familiares que os apoiem após a visita permanece pouco clarificada e quando é referida, é tida como de menor importância (Verhaeghe et al, 2005).

NECESSIDADES DE CONFORTO

As famílias dos doentes internados em UCI colocam em segundo plano as suas necessidades, sendo que a prioridade é sempre o elemento que está doente (Yang, 2008).

Podemos dividir este tipo de necessidades em dois planos: material não material. No plano não-material destacam-se as horas de visita flexíveis, e explicações acerca do envolvimento da família no plano terapêutico, ou seja do seu contributo no cuidado ao doente. No âmbito material podemos referir as ajudas financeiras à família, uma sala de espera com telefone, mobília confortável, cobertores e um local para descansar, um bar e W.C. próximos à UCI, na medida em que por vezes as famílias permanecem longos períodos no hospital (Verhaeghe et al, 2005).

É essencial pensar no conforto da família uma vez que este contribui para a diminuição dos níveis de ansiedade e para a reserva de energia da família. As direcções hospitalares devem ter em conta aspectos como ruído ambiente, iluminação, temperatura, privacidade e terapia de distração. A colaboração de voluntários do hospital pode desempenhar um papel importante providenciando contacto humano na sala de espera, por exemplo (Gavaghan e Carroll, 2002). No entanto os hospitais negligenciam as necessidades práticas dos membros da família, o que se repercute na necessidade com menor grau de satisfação segundo os familiares (Verhaeghe et al, 2005).

As necessidades de conforto diminuem ligeiramente 1-2 semanas após o início do internamento (Verhaeghe et al, 2005).

FACTORES QUE INFLUENCIAM AS NECESSIDADES E SUAS RELAÇÕES

Verhaeghe et al (2005) na revisão de literatura efectuada encontraram algumas ligações entre as necessidades expressas pelas famílias e dados demográficos. Desta forma, referem que à excepção da necessidade de informação, as mulheres usualmente reportam mais necessidades e como sendo mais importantes que os homens.

Pessoas com nível de educação mais elevado tendem a referir menos necessidades que as menos educadas.

No que concerne à necessidade de informação, esta é universal não variando com idade, sexo, estatuto socioeconómico ou educacional, sendo extremamente importante para todos os familiares.

A importância das necessidades práticas é directamente proporcional à idade dos familiares, aumentando também com a distância de casa ao hospital.

A necessidade de suporte é significativamente maior entre as pessoas com menor nível educacional.

Warren (cit. por Verhaeghe et al, 2005) investigou as correlações entre várias necessidades e outras variáveis. Foi encontrada uma forte correlação positiva entre a necessidade de suporte social e a necessidade de conforto, e por sua vez uma correlação negativa entre a necessidade de informação e o nível educacional. Duas explicações são possíveis para o facto anterior. Por um lado, um maior suporte social poderá requerer menor informação quando a rede social a providencie ou então devido ao suporte emocional proporcionado ao familiar para tomar decisões com alguma falta de informação. Por outro lado, os familiares com níveis superiores de educação serão capazes de tomadas de decisão mais sustentadas com maior controlo interno, pelo necessitam de menos suporte social.

De acordo com Verhaeghe et al (2005) a necessidade de informação encontra-se fortemente relacionada com os níveis de ansiedade.

3. MATERIAL E MÉTODOS

A investigação qualitativa foi escolhida como modelo pela sua finalidade: compreensão do mundo social, dentro dos contextos naturais, dando ênfase aos significados, experiências, práticas e pontos de vista dos que neles estão envolvidos.

Este projecto situa-se no paradigma da análise compreensiva e indutiva, por perspectivar a “*verdade*” como relativa, e não absoluta (Morin, 1973; Meleis, 2007), e por considerar a existência de múltiplas realidades (Meleis, 2007).

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO FENÓMENO DE ESTUDO

Foi definido como fenómeno em estudo as necessidades sentidas pelos familiares dos doentes internados na UCIP.

O âmbito de estudo é a experiência dos familiares de referência. Foi definida como fonte de informação o familiar de referência, entendido como a pessoa mais significativa para o doente, a definir pelos investigadores após entrevista familiar.

3.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS

Surge como questão de investigação:

- Quais as necessidades de informação, segurança, suporte, proximidade e conforto das famílias dos doentes internados na UCIP?

Para responder à questão de investigação foram definidos como objectivos:

- Identificar necessidades das famílias dos doentes internados na UCIP;
- Contribuir para a optimização dos cuidados de Enfermagem aos familiares dos doentes UCIP;

3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para a concretização dos objectivos do estudo, foi definida como população as famílias dos doentes internados na UCIP, durante o ano 2011.¹

Os participantes no estudo serão seleccionados de acordo com a sua experiência como familiar de referência, sendo que apenas o mais significativo para o doente será entrevistado (Anexo 1).

Foram definidos como critérios de inclusão no estudo (Burr, 1998; Freitas et al, 2007):

- a) Idade igual ou superior a 18 anos;
- b) Ser o familiar de referência;
- c) Período de internamento entre 48 e 72 h;
- d) Ter visitado o doente pelo menos uma vez no internamento actual;
- e) Ser capaz de entender o questionário de inquérito;
- f) Concordar com o consentimento informado.

3.4. COLHEITA DE DADOS

A fase de colheita de dados compreende a realização de questionários de inquérito e análise de documentos, segundo o cronograma de investigação. O número de questionários de inquérito a aplicar estará relacionado com a avaliação da saturação dos dados obtidos.²

¹ “ Os indivíduos são seleccionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência, em primeira mão, da cultura, interacção social ou fenómeno de interesse (...). A preocupação dos investigadores é desenvolver uma descrição rica e densa da cultura ou fenómeno, em vez de utilizar técnicas de amostragem que apoiem a generalização dos dados obtidos.” (Streubert, 2002, p. 25-26)”

² “ A saturação refere-se à repetição de informação descoberta e confirmação de dados previamente colhidos (Morse, 1994). Isto significa que, mais do que a amostra ser um número específico de indivíduos para obter significado em alguma manipulação estatística, o investigador qualitativo procura a repetição e confirmação de dados previamente colhidos(...) O máximo (...) que pode esperar (...) é obter o efeito numa cultura específica ou num fenómeno, em determinado momento.” (Streubert, 2002, p.26)

QUESTIONÁRIO DE INQUÉRITO

Após a realização da revisão de literatura sobre o fenómeno em estudo,³ foi estruturado um questionário de inquérito⁴ (Ketele, 1999) – Anexo 2. Por opção metodológica são realizadas perguntas abertas, de forma a não influenciar os participantes em ideias pré estabelecidas, e a não corromper o contexto natural do fenómeno estudado, procurando a perspectiva interior do participante (Streubert, 2002). Está prevista a realização do Pré Teste⁵ do instrumento proposto - Anexo1.

A calendarização das sessões de colheita de dados será realizada de acordo com a disponibilidade dos Familiares e Investigadores. São objectivos das sessões de colheita de dados (Ketele, 1999):

- Celebrar o consentimento informado – assinatura da declaração de consentimento livre e esclarecido pelos participantes e investigadores (Anexo 3).
- Colher dados sobre o fenómeno em estudo;
- Preencher o questionário de inquérito pelos investigadores;
- Esclarecer tópicos / expressões de discurso / erros de memória face ao fenómeno em estudo;
- Levantar tópicos adicionais, considerados necessários pelos Familiares e Investigadores;
- Verificar a validade das informações recolhidas e da transcrição dos dados obtidos;
- Convidar formalmente os Familiares para a apresentação pública dos resultados;

O local de realização dos questionários será a sala de família da UCIP de forma a proporcionar conforto, tranquilidade e privacidade dos intervenientes, e a contribuir para a qualidade dos dados obtidos.

³ “Os puristas argumentariam que nenhuma revisão de literatura seja efectuada antes da pesquisa. Alguns investigadores qualitativos aceitam que uma revisão de literatura possa ajudar a focalizar o estudo. A razão para não desenvolver a revisão de literatura, inicialmente, é evitar que os investigadores conduzam os participantes na direcção do que os investigadores anteriores descobriram. (Streubert, 2002, p. 23)”

⁴ “(...) entenderemos o termo [questionário de] inquérito no sentido de um estudo de um tema preciso junto de uma população, cuja amostra se determina a fim de precisar certos parâmetros (Streubert, 2002, p. 35).”

⁵ “A montante da utilização de um questionário de inquérito, é essencial captar bem o objectivo a atingir, bem como o tipo de informações a recolher (escolha das variáveis, ...) (...) R. GHIGLIONE(1987, p.127):” para construir um questionário, é necessário, evidentemente, saber de maneira precisa o que se procura, assegurar-se que as perguntas têm um sentido, que todos os aspectos da questão foram abordados...” (Streubert, 2002, p.36)

São condições de aplicação dos questionários:

- Os questionários serão preenchidos pelo Investigadores;
- A duração aproximada de cada questionário de inquérito será de 30 minutos;
- Após a colheita de dados e do preenchimento do questionário pelos Investigadores será realizada a validação da informação resultante da colheita de dados (Ketele, 1999);
- Todos os participantes serão informados que poderão requerer sessões adicionais de colheita de dados através dos contactos ucipfamilia@gmail.com e do secretariado UCIP, se sentirem necessidade de acompanhamento, se considerarem possuir dados adicionais relevantes para a Investigação, ou por qualquer outro motivo;
- Todos os participantes serão informados que poderão decidir não querer participar e retirar-se a qualquer momento do estudo, livremente, sem que lhe sejam pedidas quaisquer considerações ou justificações;

DOCUMENTOS

Poderão ser analisados documentos relacionadas com o fenómeno em estudo, se considerados relevantes pelos participantes (Craig e Smyth, 2004).

FACTORES DE INFLUÊNCIA NA COLHEITA DE DADOS

Foram factores de influência identificados na colheita de dados:

- Investigadores: Realização e condução de questionários de inquérito;
- Participantes:
 - Interesse e disponibilidade para participação;
 - Celebração do Consentimento Informando;
 - Autorização para preenchimento dos questionários de inquérito pelos investigadores
- Ambiente:
 - Local de realização do questionário de inquérito,
 - Contexto de colheita de dados: tranquilidade e privacidade conseguidas;

○ Relação Investigadores / Participantes:

- Relação entre o Investigador e os Participantes durante todo o processo de investigação;
- Celebração e manutenção do Consentimento Informado entre os Participantes e Investigadores durante todo o processo de investigação;
- Qualidade da comunicação entre os Participantes e os Investigadores, através das vias de comunicação supracitadas, durante todo o processo de investigação.

3.5. TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento de dados será realizado através da análise de conteúdo dos dados colhidos através dos questionários de inquérito e da análise de documentos.

A análise de conteúdo é um método que permite fazer inferências por identificação sistemática e objectiva das características específicas de uma mensagem. Em todos os dados recolhidos relacionados com o fenómeno em estudo foi aplicado o esquema interrogativo clássico – “*quem diz, o quê, a quem, como, porque?*” (Ghiglione e Matalon, 2001).

A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção da informação, recorrendo a indicadores, qualitativos ou quantitativos. A inferência é definida como procedimento de passagem, explícita e controlada da descrição à interpretação (Bardin, 2009).⁶

A revisão de literatura e a prestação de cuidados serão actividades realizadas pelos Investigadores ao longo de todo o processo de investigação (Demazière e Dubar, 2007 ; Guerra, 2006). A experiência profissional dos Investigadores como prestadores de cuidados a doentes críticos e famílias será utilizada no aprofundamento e sedimentação de conceitos associados ao fenómeno em estudo.

Ao longo de todo o processo de investigação serão utilizados os programas “*Word*”, “*Excell*”, “*Power Point*” do sistema operativo “*Microsoft Office Casa e estudantes 2007*”.

⁶ “Qualquer análise de conteúdo visa, não o estudo da língua ou da linguagem, mas sim a determinação mais ou menos parcial do que chamaremos as “condições de produção” dos textos, que são o seu objecto. O que tentamos caracterizar são estas condições de produção e não os próprios textos (...)” (P.Henry e S. Moscovici, “Problèmes de l’analyse de contenu”, em *Language*, Setembro 1968, nºII (Bardin, 2009, p. 42).

ACTIVIDADES PREVISTAS NO TRATAMENTO DE DADOS

De acordo com a metodologia proposta por Bardin, serão actividades inerentes ao tratamento dos dados (Bardin, 2009):

- a) **Revisão de literatura**
- b) **Prestação de cuidados**
- c) **Organização da análise de conteúdo:** operacionalização e sistematização das ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise;
- d) **Codificação:** transformação de dados em bruto do texto que por recorte, agregação e enumeração permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer os investigadores acerca das características do texto, que podem servir como índices;
- e) **Categorização:** operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género, por analogia, com critérios previamente definidos;
- f) **Inferência:** passagem explícita e controlada da análise descritiva dos dados para a análise interpretativa das variáveis identificadas;
- g) **Relatório de Investigação**
- h) **Publicação dos resultados**

3.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

É no contexto de liberdade e responsabilidade e partindo dos princípios fundamentais consagrados na Constituição da República Portuguesa (2007), Declaração Universal dos Direitos do Homem (UNESCO, 2010), e Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2010) que foi construído o presente projecto de investigação.

Os princípios éticos serão avaliados e aplicados ao longo de todo o processo, através da realização de actividades desenvolvidas no sentido da Não Maleficiência, Justiça, Beneficência e Autonomia do Sujeito:

- Relevância social da investigação e idoneidade da instituição associada: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;
- A Publicação dos resultados: objectivo dos Investigadores e do Orientador da Investigação;
- Qualidade do desenho de investigação: O projecto de Investigação foi submetido a aprovação pela Professora Orientadora do Módulo II de estágio do curso de Mestrado

com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;

- Competência técnica da equipa de investigação: os investigadores terão orientação pedagógica e científica de um Investigador com experiência reconhecida em investigação qualitativa;
- Neutralidade dos investigadores face a juízos de valor: será preocupação contínua ao longo de todo o processo de investigação, através da Reflexibilidade;
- Liberdade de participação dos participantes na investigação: o Acordo de Consentimento Informado será celebrado livremente entre os familiares e os Investigadores;
- Veracidade dos dados: serão utilizadas as técnicas de triangulação de dados, validação da análise de resultados e reflexibilidade ao longo de todo o processo de investigação;
- Acompanhamento contínuo aos familiares durante todo o processo de investigação, através das vias de comunicação supracitadas, no sentido da optimização da colheita, tratamento e análise dos dados obtidos;
- Protecção do Sujeito:
 - Identificação de riscos e benefícios potenciais para os Familiares:
 - 1) Riscos Potenciais identificados: Levantamento de sentimentos negativos face à experiência vivida;
 - 2) Benefícios Potenciais identificados: Optimização do conhecimento da implicação global do fenómeno a nível individual, familiar, comunitário e social; Optimização da adaptação ao fenómeno;
 - Será garantia contínua a confidencialidade dos dados e anonimato dos familiares ao longo de todo o processo de Investigação;
 - Será garantido apoio constante aos Familiares pelos Investigadores, através de vias de comunicação estabelecidas;
 - Será garantida a liberdade para os Familiares abandonarem a investigação em qualquer fase do processo, como acordado no acordo de consentimento informado

VALIDADE, SEGURANÇA E FIDELIDADE DA INVESTIGAÇÃO

Serão técnicas utilizadas na optimização a validade, segurança e fidelidade internas, ao longo de todo o processo de investigação (Craig e Smyth, 2004):

- 1) Respeito pelos princípios éticos ao longo de todo o processo de investigação;
- 2) Celebração de “*Acordo de Consentimento Informado*” entre os familiares e Investigadores;
- 3) Escolha do local da entrevista – Sala de Família UCIP - como garantia de privacidade dos intervenientes e optimização da qualidade de captação dos dados;
- 4) Preenchimento do questionário de inquérito pelos Investigadores;
- 5) Validação da informação resultante da colheita de dados pelos Familiares;
- 6) Validação da análise de resultados: colaboração e apoio pedagógico de um Investigador com experiência reconhecida em investigação qualitativa - orientador de investigação;
- 7) Reflexibilidade: análise constante do Investigadores sobre a presença e influência de conceitos predefinidos e suposições susceptíveis de influenciar a colheita e análise dos dados obtidos na entrevista.
- 8) Flexibilidade no cronograma da investigação: O cronograma de investigação poderá sofrer várias alterações em função da disponibilidade dos participantes, investigadores e orientador de investigação, ao longo de todo o processo de investigação.

4. CONCLUSÃO

Neste projecto de Investigação foram apresentados e desenvolvidos a caracterização do fenómeno em estudo, a questão e objectivos de investigação, a população e amostra em estudo, as fases de colheita de dados e tratamento de dados, e as considerações éticas associadas.

Este projecto foi apresentado à Enfermeira Chefe da UCIP, Amélia Rodrigues, no dia 24 de Novembro de 2010, pronto a ser submetido ao Conselho de Ética do C.H.V.N. Gaia / Espinho, e desenvolvido pela equipa UCIP ao longo do ano 2011.

Esperamos com este projecto contribuir para a optimização dos cuidados de enfermagem prestados às famílias dos doentes internados na UCIP.

Consideramos ter atingido globalmente os objectivos a que nos propusemos.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. 2009. *Análise de Conteúdo*. Edições 70, Lisboa. 287 pps.
- BETTINELLI, Luiz Antonio; ERDMANN, Alacoque Lorenzini . 2009. *Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado*. Avances en Enfermeria. [On line], 27 (1): 15 - 21. Disponível em: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1_2.pdf [20 de Outubro de 2010].
- BIJTTEBIER, P. [et al.]. 2001. *Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses*. Intensive Care Medicine. [On line], 27(1):160-165. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11280629> [20 de Outubro de 2010].
- BURR, Gayle. 1998. *Contextualizing critical care family needs through triangulation: an Australian study*. Intensive and Critical Care Nursing. [On line], 14(4): 161-169. Disponível em: [http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(98\)80473-4/abstract](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(98)80473-4/abstract) [20 de Outubro de 2010].
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. 2007. Edições Almedina, Coimbra.
- CRAIG, Jean; SMYTH, Rosalind. 2004. *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. Lusociência, Camarate. 326 pps.
- DEMAZIÈRE, Didier ; DUBAR, Claude. 2007. *Analyser les Entretiens Biographiques: L'exemple de récits d'insertion*. 2ª Ed. Les Presses de L'Université Laval, Quebec. 350 pps.
- FREITAS, Katia Santana; KIMURA, Miako; FERREIRA, Karine. 2007. *Family members needs at intensive care units: comparative analysis between a public and a private hospital*. Revista Latino – Americana de Enfermagem. [On line], 15(1): 84-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/v15n1a13.pdf> [21 de Outubro de 2010]
- GAVAGHAN, Susan R.; CARROLL, Diana. 2002. *Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions*. Dimensions of Critical Care Nursing. [On line], 21(2): 64-71. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11949471> [21 de Outubro de 2010].
- GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin. 2001. *O Inquérito: Teoria e Prática*. 4.ª Ed. Celta, Oeiras. 336 pps.
- GUERRA, Isabel. 2006. *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e formas de uso*. Principia, Estoril. 96 pps.

HOLDEN, Janet; HARRISON, Lynne; JOHNSON, Martin. 2002. *Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature*. Journal of Clinical Nursing. [On line], 11(2):140-148. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11903713> [21 de Outubro de 2010].

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. 2005. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0* (CIPE® versão 1- Tradução oficial Portuguesa). Ordem dos Enfermeiros, Lisboa. 203 pps.

KETELÉ, Jean-Marie; ROEGIERS, Xavier. 1999. *Metodologia da recolha de dados: Fundamentos dos métodos de observações de questionários, de entrevistas e de estudos de documentos*. Instituto Piaget. 258 pps.

LEE, Isabella; CHIEN, W.; MACKENZIE, Ann. 2000. *Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong*. Journal of Clinical Nursing. [On line], Vol. 9 (1) 46-54. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11022492> [21 de Outubro de 2010].

LESKE, Jane. 1998. *Interventions to decrease family anxiety*. Critical Care Nurse. [On line] 18(4): 92-95. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9814192> [21 de Outubro de 2010].

MARUTI, Marina Rumiko; GALDEANO, Luiza Elaine. 2007. *Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos*. Acta Paulista de Enfermagem. [On line], 20 (1): 37-43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000100007 [20 de Outubro de 2010].

MELEIS, Afaf. 2007. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 4ª Ed. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia. 805 pps.

MORIN, Edgar. 1973. *O Paradigma Perdido: A Natureza Humana*. Tradução Hermano Neves. 2ª ed. Publicações Europa América, Mem Martins. 224 pps.

STREUBERT, Helen; CARPENTER, Dona. 2002. *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. 2.ª . Lusociência, Loures. 383 pps.

UNESCO. 2005. *Declaração Universal Sobre Bioética E Direitos Humanos*. Disponível em: <http://www.sbbioetica.org.br/destaque/146180PODeclara%C3%A7%C3%A3oR.pdf>. [Consultado em 19 de Outubro de 2010]

VERHAEGHE, Sofie; DEFLOOR, T.; ZUUREN, Van; DUINJSTEE, M.; GRYPDONCK, M . 2005. *The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of literature*. Journal of Clinical Nursing. [On line], 14: 501 – 509. Disponível em: www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=647&accno=2005080479 [18 de Outubro de 2010].

YANG, Sungeun. 2008. *A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit*. Australian Journal of Advanced Nursing. [On line], 25(4): 79 – 86. Disponível em: http://www.ajan.com.au/Vol25/Vol_25-4_Yang.pdf [21 de Outubro de 2010].

ANEXOS

Anexo I

Cronograma de Investigação



		Ano 2010															Ano 2011									
	Mês	OUTUBRO					NOVEMBRO					DEZEMBRO					JANEIRO					FEVEREIRO				
Semana Investigação		1	2	3	4	5	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21			
Semana / Ano		39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8			
	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA																									
	PRESTAÇÃO DE CUIDADOS																									
	PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO																									
	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS																									
	ENTREGA DO PROJECTO UCIP CHVNG/E																									
	APROVAÇÃO CONSELHO DE ÉTICA CHVNG/E																									
	PRÉ TESTE QUESTIONÁRIO																									
	ORGANIZAÇÃO ANÁLISE DE CONTEÚDO																									
	QUESTIONÁRIOS DE INQUERITO																									
	DOCUMENTOS																									
	CODIFICAÇÃO																									
	CATEGORIZAÇÃO																									

CRONOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO

[illegible]

		Ano 2011																								
Mês		AGOSTO					SETEMBRO					OUTUBRO					NOVEMBRO					DEZEMBRO				
Semana Investigação		44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65			
Semana / Ano		31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52			
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA																										
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS																										
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS																										
INFERÊNCIA																										
RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO																										
PUBLICAÇÃO DE RESULTADOS																										

Anexo 2

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DOS FAMILIARES UCIP

O Presente estudo tem lugar com o objectivo a optimização dos cuidados prestados aos familiares dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do C.H.V.N.Gaia / Espinho.

O Projecto de Investigação foi realizado pelos enfermeiros Daniela Silva e Hélder Marques, Alunos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Os Investigadores serão designados pela Equipa de Enfermagem da UCIP.

CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

A decisão de participação na investigação é voluntária. Está prevista a realização de um questionário de inquérito com o objectivo de colher dados sobre o fenómeno em estudo, no qual assumirá a designação de *“Participante nº X”*.

A Apresentação de resultados está prevista para o mês de Dezembro de 2011, na UCIP. Durante todo o processo de investigação poderá contactar a equipa de investigação através dos contactos ucipfamilia@gmail.com e Secretariado da UCIP.

Poderá requerer sessões adicionais de colheita de dados, se que sentir necessidade de acompanhamento, se considerar possuir dados adicionais relevantes para a Investigação, ou por qualquer outro motivo.

Se decidir que não quer participar na investigação poderá retirar-se a qualquer momento, livremente, sem que lhe sejam pedidas quaisquer considerações ou justificações.

CONFIDENCIALIDADE

Será sempre preocupação fundamental da equipa de investigação preservar a identidade dos sujeitos e a confidencialidade dos dados obtidos.

ACORDO DE CONSENTIMENTO

Fui advertido(a) quanto ao tipo de estudo, objectivos, condições de participação na Investigação, possibilidade de me retirar de forma voluntária, bem como dos riscos e benefícios potenciais.

Reconheço que fui informado(a) sobre as condições de confidencialidade dos dados obtidos.

Compreendo que tenho o direito de colocar qualquer questão aos Investigadores pelas vias de comunicação supracitadas, durante todo o processo de investigação,

Pelo presente documento, concordo com a minha participação no Estudo *“Diagnóstico de necessidades dos familiares dos internados na UCIP.”*

Nome do Participante: _____;

Designação Técnica no Processo de Investigação: Participante Nº _____;

Investigador: _____;

Data: __/__/2011;

Anexo 3

QUESTIONÁRIO DE INQUÉRITO

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DOS FAMILIARES INTERNADOS NA UCIP

QUESTIONÁRIO DE INQUÉRITO

IDENTIFICAÇÃO DOS FAMILIARES

- Participante nº _____; Data: ____/____/____;
- Nº dias de internamento: _____;
- Motivo de admissão: _____;
- Grau de parentesco / afinidade: _____;
- Sexo: _____;
- Idade: _____ Anos;
- Habilitações literárias: _____;
- Tempo de chegada Casa – Hospital: _____ minutos;
- Período em que pretende visitar / visita o seu familiar no:
- Primeiro período 17 – 18 h ();
 - Segundo período 19 – 20 h ();
 - Nos dois períodos ();

NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO

PERGUNTA 1) Que tipo de informação gostaria de receber sobre o seu familiar:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

PERGUNTA 2) Com que frequência gostaria de receber informação sobre o seu familiar?

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

NECESSIDADES DE SEGURANÇA

PERGUNTA 3) Refira factores que o façam sentir seguro e confiante na equipa, e nos resultados do tratamento:

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

NECESSIDADES DE SUPORTE

PERGUNTA 4) Defina aspectos em que a equipa UCIP possa melhorar no seu acompanhamento emocional:

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

NECESSIDADES DE PROXIMIDADE

PERGUNTA 5) De acordo com as suas necessidades, qual seria o melhor horário de visita?

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

PERGUNTA 6) Em que actividades gostaria de colaborar no cuidado ao seu familiar?

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

NECESSIDADES DE CONFORTO

PERGUNTA 7) Em que aspectos as condições das instalações físicas poderiam ser melhoradas?

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

PERGUNTA 8) Que outras necessidades suas poderiam ser satisfeitas pela Equipa UCIP?

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Muito obrigado pela sua colaboração!

Anexo 5 – “Avaliação do Plano de Formação UCIP 2010”

A – Apresentação dos Resultados Obtidos

B – Poster Resumo dos Resultados Obtidos

C – Reformulação da Folha de Avaliação da “Formação em Serviço”

A – Apresentação dos Resultados Obtidos




Plano de Formação de 2010 - Avaliação

UCIP – C.H.V.N. Gaia / Espinho, E.P.E.

Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
 Dr.ª Daniela Silva / Dr.ª Nelder Marques / Dr.ª Carla Amália Rodrigues / Dr.ª Formadora 

Sumário

- Apresentação do Plano de Formação UCIP 2010 efectuado;
- Apresentação da avaliação das sessões de formação efectuada pelos participantes.

Plano de Formação – UCIP 2010

Referência	Data	Sessão de Formação
1	07-04-2010	Higienização Hospitalar
2	21-04-2010	Higienização Hospitalar
3	21-04-2010	Precauções Padrão / Lavagem das Mãos
4	27-04-2010	PICIS
5	09-07-2010	Barreiras de Protecção Individual / Higiene das Mãos
6	13-07-2010	Doente Neurocirúrgico
7	25-10-2010	Higiene das Mãos – Uma responsabilidade partilhada
8	27-10-2010	Prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador
9	28-10-2010	Equipamentos de Protecção Individual / Higiene das Mãos

Avaliação Plano de Formação UCIP 2010

UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE - CHVNG

AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Agradecemos a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Os objectivos de mesmo são: a perspectiva da formação sobre como decorreu a Acção de Formação e a obtenção de dados que permitam um planeamento constante.

Indique a sua resposta com um X, numa escala de 1 (mínimo) a 5 (máximo).

IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO:							
Nome (Facultativo):							
APRECIAÇÃO GLOBAL							
1 – As expectativas em relação à acção foram satisfeitas	Totalmente	5	4	3	2	1	Pouco
2 – Os objectivos da acção foram:	atingidos Totalmente	5	4	3	2	1	Não atingidos
	Confusos	5	4	3	2	1	Claros

Avaliação Plano de Formação UCIP 2010

FORMADORES							
O domínio do assunto	Excelente	5	4	3	2	1	Frac.
Metodologia utilizada	Adequada	5	4	3	2	1	Inadequada
A capacidade de motivar e estimular foi	Excelente	5	4	3	2	1	Frac.
O nível de participação foi	Elevado	5	4	3	2	1	Baixo
Relação com os participantes	Adequada	5	4	3	2	1	Inadequada
A disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas foi	Elevada	5	4	3	2	1	Frac.
A capacidade de utilização dos meios audio-visuais foi	Elevada	5	4	3	2	1	Frac.
O tempo dedicado a exposições teóricas foi	Adequado	5	4	3	2	1	Inadequado
O tempo dedicado a exercícios práticos foi	Adequado	5	4	3	2	1	Inadequado
A linguagem utilizada	Adequada	5	4	3	2	1	Inadequada
A clareza nas suas intervenções foi	Excelente	5	4	3	2	1	Frac.

CONTEÚDOS DA ACÇÃO

Dentro da temática, que outros assuntos, para além dos que foram abordados na acção, gostaria de ver tratados em futuras acções de formação?

Comentários / Sugestões:

Avaliação Plano de Formação UCIP 2010

BALANÇO FINAL

Quais os aspectos desta acção de formação que considera mais positivos?

Quais os aspectos desta acção de formação que devem ser melhorados?

Como vai mudar a prática após esta acção de formação?

1.ª Sessão: Higienização Hospitalar

Data: 07-04-2010

Duração: 2h30

Sumário: Lavagem das mãos

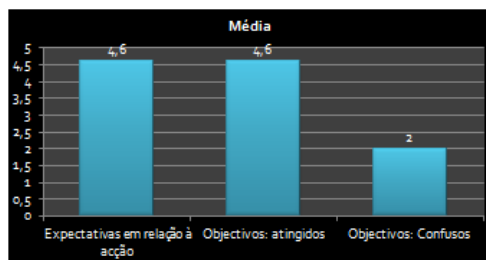
Equipamentos de protecção individual

Limpeza e desinfecção de superfícies e equipamentos

N.º de Participantes: 7 (2 dos quais foram formadores)

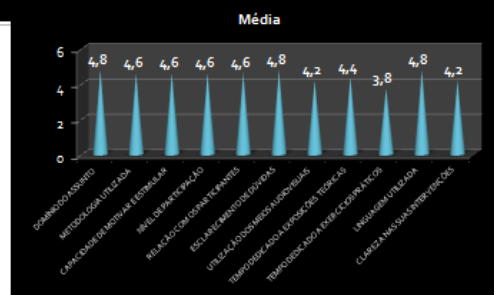
Nota: 5 avaliações da sessão de formação

1.ª Sessão – Resultados de Apreciação Global



Escala utilizada: Mínimo – 1 / Máximo - 5

1.ª Sessão – Avaliação dos Formadores



Nota: 1 participante não avaliou o parâmetro "tempo dedicado a exercícios práticos"

1.ª Sessão – Avaliação dos Conteúdos de Acção

■ Outros assuntos a abordar

Tema	N.º de referências
Higienização das Unidades	2
Plano de Tarefas de Higienização	1
"Todos aqueles que me ajudam a progredir e desampanhar bem as minhas acções tanto profissionais como humanas"	1
Lavagem de materiais	1

Nota: 1 participante não avaliou este parâmetro

1.ª Sessão – Avaliação dos Conteúdos de Acção

■ Comentários / Sugestões:

Comentário / Sugestão	N.º de Referências
Mais acções de formação	2
Fracçãoar mais os temas para permitir mais tempo para esclarecimento de dúvidas	1
Reunião com todas as Assistentes Operacionais para implementar alterações determinadas	1
"Gostei porque fiquei mais esclarecida"	1

Nota: 1 participante não avaliou este parâmetro

1.ª Sessão – Balanço Final

■ Aspectos mais positivos

Aspectos	N.º de Referências
Higienização das mãos	2
Optimização de utilização de materiais para protecção de profissionais e doentes	1
"Para mim todos eles são importantes"	1
Melhoria da higiene	1

Nota: 1 participante não avaliou este parâmetro

1.ª Sessão – Balanço Final

■ Aspectos a melhorar

Aspectos	N.º de Referências
Aumento do tempo de formação	2
Restrição das temáticas	1
"Esclarecimento e tentativa de implantar mais meios e equipamentos"	1
"Com a experiência"	1

Nota: 1 participante não avaliou este parâmetro

1.ª Sessão – Balanço Final

■ Implicações para a prática

Implicações	N.º de Referências
Melhoria na execução prática do procedimento	3
"Vou-me adaptar o melhor que conseguir face as dificuldades que me ultrapassam"	1
"Com observação directa e cumprimento do plano de formação de carácter obrigatório. Sanção no não cumprimento do acordado."	1

2.ª Sessão: Higienização Hospitalar

Data: 21-04-2010

Duração: 2 horas

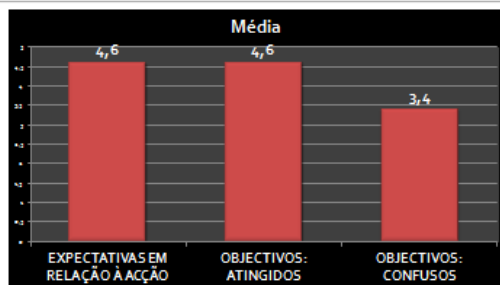
Sumário: Higienização das mãos, dos equipamentos e superfícies

Equipamentos de protecção individual

N.º de Participantes: 9 (1 dos quais formador)

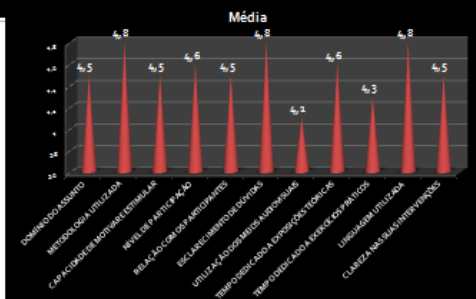
Nota: 8 avaliações da sessão de formação

2.ª Sessão – Resultados da Apreciação Global



Escala utilizada: Mínimo - 1 / Máximo - 5

2.ª Sessão – Avaliação do Formador



Nota: 1 dos participantes não avaliou o parâmetro "Tempo dedicado a exercícios práticos"

2.ª Sessão – Avaliação dos Conteúdos de Acção

- Outros assuntos a abordar

Tema	N.º de referências
Higienização total das unidades	1
Limpeza e desinfeção do fibroscópio e sonda transesofágica	1
"Gostaria de ver abordados todos os assuntos que me ajudem a fazer correctamente as minhas funções profissionais a nível técnico e humano"	1

Nota: 6 dos participantes não avaliaram este parâmetro

2.ª Sessão – Avaliação dos Conteúdos de Acção

- Comentários / Sugestões:

Comentário / Sugestão	N.º de Referências
"Interessante, fiquei mais esclarecida"	1
"Para mim está tudo bem"	1

Nota: 6 dos participantes não avaliaram este parâmetro

2.ª Sessão – Balanço Final

- Aspectos mais positivos

Aspectos	N.º de Referências
Lavagem e desinfeção das mãos	2
"Foram satisfatórios"	1
Uso de Equipamento de Protecção Individual	1
"Esclarecimentos de assuntos que tinha dúvidas"	1
"Ensinar coisas novas"	1
"Tudo positivo"	1

Nota: 1 participante não avaliou este parâmetro

2.ª Sessão – Balanço Final

- Aspectos mais positivos

Aspectos	N.º de Referências
Lavagem e desinfeção das mãos	2
"Foram satisfatórios"	1
Uso de Equipamento de Protecção Individual	1
"Esclarecimentos de assuntos que tinha dúvidas"	1
"Ensinar coisas novas"	1
"Tudo positivo"	1

Nota: 1 participante não avaliou este parâmetro

2.ª Sessão – Balanço Final

- Implicações para a prática

Implicações	N.º de Referências
Prática baseada nas evidências apresentadas na formação	8

3.ª Sessão: Precauções Padrão / Higienização das Mãos

Data:	21-04-2010	Duração:	2 horas
-------	------------	----------	---------

Sumário: Precauções de isolamento

Equipamentos de protecção individual

Higienização das mãos

N.º de Participantes: 6 (1 dos quais formador)

Nota: A sessão não foi formalmente avaliada pelos participantes

4.ª Sessão: PICIS

Data:	27-04-2010	Duração:	2 horas
-------	------------	----------	---------

Sumário: PICIS "Uniformização de registos"
NEMS / Breves noções

N.º de Participantes: 20 (4 dos quais formadores e 4 alunos)

Nota: A sessão não foi formalmente avaliada pelos participantes

5.ª Sessão: Barreiras de protecção individual / Higiene das mãos

Data:	09-07-2010	Duração:	1 hora
-------	------------	----------	--------

Sumário: Barreiras de protecção Individual: precauções padrão
Precauções adicionais: uso adequado de EPI's
Higiene das mãos: os cinco momentos

N.º de Participantes: 5 (1 dos quais formador)

Nota: A sessão não foi formalmente avaliada pelos participantes

6.ª Sessão: Doente Neurocirúrgico

Data:	13-07-2010	Duração:	1h30min
-------	------------	----------	---------

Sumário: Revisão da anatomofisiologia cerebral
Monitorização da perfusão cerebral
Intervenções de enfermagem ao doente neurocrítico

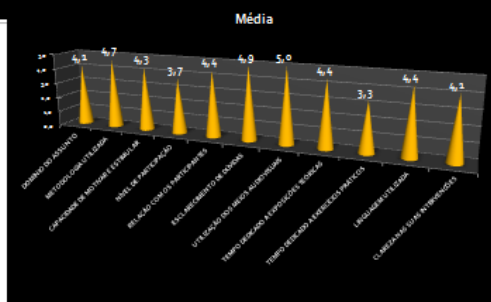
N.º de Participantes: 13 (3 dos quais formadores)

Nota: 7 avaliações da sessão de formação

6.ª Sessão – Apreciação Global



6.ª Sessão – Avaliação dos Formadores



Nota: 1 dos participantes não avaliou o parâmetro "Tempo dedicado a exercícios práticos"

6.ª Sessão – Avaliação dos Conteúdos da Acção

- Outros assuntos a abordar:
 - Nenhum dos participantes apresentou sugestões neste âmbito

6.ª Sessão – Balanço Final

■ Aspectos mais positivos

Aspectos	N.º de Referências
Aplicação prática à realidade da UCIP	3
Metodologia / Apresentação	1
"Boa interligação fisiologia / sintomas"	1

Nota: 3 dos participantes não avaliaram este parâmetro

6.ª Sessão – Balanço Final

■ Aspectos a melhorar

Aspectos	N.º de Referências
Duração excessiva da formação	1

Nota: 6 dos participantes não avaliaram este parâmetro

6.ª Sessão – Balanço Final

■ Implicações para a prática

Implicações	N.º de Referências
Correlação de sinais e sintomas com alterações fisiológicas	2

Nota: 5 dos participantes não avaliaram este parâmetro

7.ª Sessão: Higienização das mãos – Uma responsabilidade partilhada

Data:	25-10-2010	Duração:	1 hora
-------	------------	----------	--------

Sumário: Apresentação do projecto – Clean Care is Safer Care

Importância da higiene das mãos na prevenção das IACS

5 Momentos de higienização das mãos

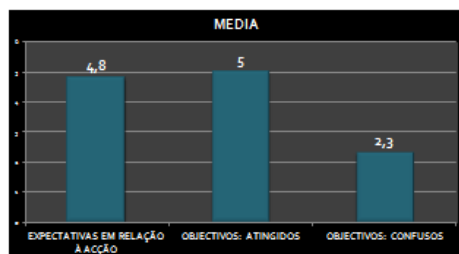
Lavagem das mãos / desinfecção alcoólica

Resultados das auditorias / Impacto no serviço

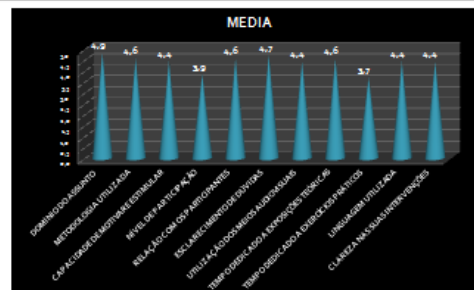
N.º de Participantes: 9 (2 dos quais formadores e 3 alunos)

Nota: 7 avaliações da sessão de formação

7.ª Sessão – Apreciação Global



7.ª Sessão – Avaliação dos formadores



7.ª Sessão – Avaliação dos Conteúdos da Acção

- Outros assuntos a abordar

Tema	N.º de referências
Isolamento: critérios de distribuição de Enfermeiros e avaliação da carga de trabalho	1
Limpeza de superfícies e sua desinfecção	1
Manipulação de fluidos corporais	1

Nota: 4 dos participantes não avaliaram este parâmetro

7.ª Sessão – Avaliação dos Conteúdos da Acção

- Comentários / Sugestões:

Comentário / Sugestão	N.º de Referências
Necessidade de definição de estratégias para otimizar a presença dos elementos UCP nas acções de formação	1

Nota: 6 dos participantes não avaliaram este parâmetro

7.ª Sessão – Balanço Final

- Aspectos mais positivos

Aspectos	N.º de Referências
Análise dos resultados das auditorias	3
Todos os assuntos abordados	1
Relembrar a importância da higienização e o tempo de sobrevivência de bactérias como as pseudomonas	1
Pertinente para todos os profissionais da unidade quer como tema de integração, quer como reciclagem	1

Nota: 1 dos participantes não avaliou este parâmetro

7.ª Sessão – Balanço Final

- Aspectos a melhorar

Aspectos	N.º de Referências
Número de formandos presentes	1
Demonstração prática	1
"Útil"	1

Nota: 3 dos participantes não avaliaram este parâmetro

7.ª Sessão – Balanço Final

- Implicações para a prática

Implicações	N.º de Referências
Prática baseada na evidência apresentada	6
Supervisão do cumprimento das normas apresentadas por outras classes profissionais	1

Nota: 1 dos participantes não avaliou este parâmetro

8.ª Sessão – Prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador

Data:	27-10-2010	Duração:	1 hora
-------	------------	----------	--------

Inexistência de qualquer registo formal desta sessão de formação

9.ª Sessão: Higienização das mãos – Uma responsabilidade partilhada

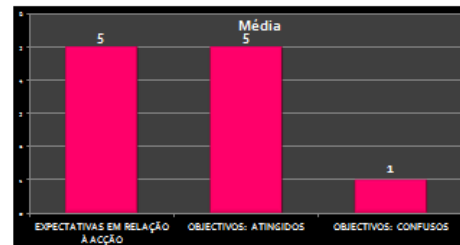
Data: 28-10-2010 Duração: 1 hora

Sumário: Barreiras de protecção individual: precauções padrão
Precauções adicionais: uso adequado de EPI's
Higiene das mãos: os cinco momentos

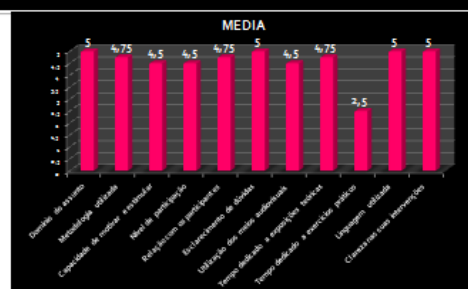
N.º de Participantes: 6 (2 dos quais formadores e 1 aluno)

Nota: 4 avaliações da sessão de formação

9.ª Sessão – Apreciação Global



9.ª Sessão – Avaliação dos Formadores



9.ª Sessão – Avaliação dos Conteúdos da Acção

- Outros assuntos a abordar:
 - Nenhum dos participantes apresentou sugestões neste âmbito

9.ª Sessão – Avaliação dos Conteúdos da Acção

- Comentários/ Sugestões:
 - Nenhum dos participantes apresentou sugestões neste âmbito

9.ª Sessão – Balanço Final

- Aspectos mais positivos

Aspectos	N.º de Referências
Vertente prática da formação	2
Pertinência do tema na prevenção das IACS	1
Todos	1

9.ª Sessão – Balanço Final

- Aspectos a melhorar:
 - Nenhum dos participantes apresentou sugestões neste âmbito.

9.ª Sessão – Balanço Final

- Implicações para a prática

Implicações	N.º de Referências
Prática baseada na evidência apresentada	4
Optimização dos recursos	2



Obrigado pela Atenção!!!

B – Poster Resumo dos Resultados Obtidos

Avaliação do Plano de Formação UCIP 2010

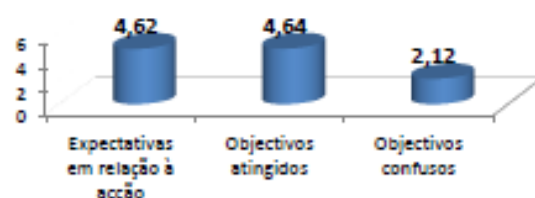
SESSÕES DE FORMAÇÃO REALIZADAS

Referência	Data	Sessão de Formação
1	07-04-2010	Higienização Hospitalar
2	21-04-2010	Higienização Hospitalar
3	21-04-2010	Precauções Padrão / Lavagem das Mãos
4	27-04-2010	PICIS
5	09-07-2010	Barreiras de Protecção Individual / Higiene das Mãos
6	13-07-2010	Doente Neurocirúrgico
7	25-10-2010	Higiene das Mãos – Uma responsabilidade partilhada
8	27-10-2010	Prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador
9	28-10-2010	Equipamentos de Protecção Individual / Higiene das Mãos

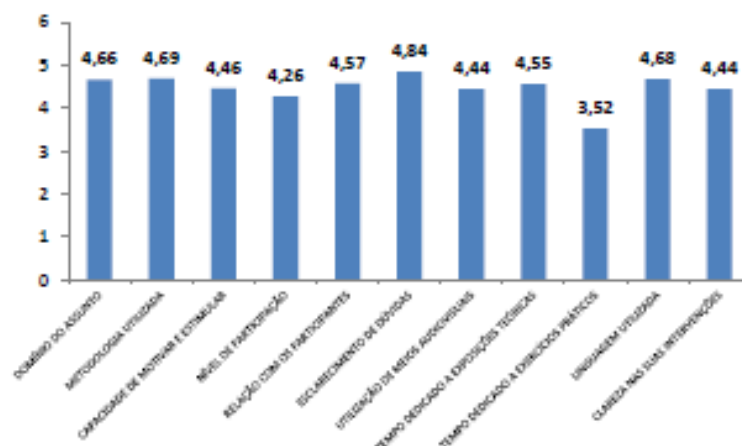
AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO

Das 9 sessões realizadas apenas as sessões 1, 2, 6, 7 e 9 foram formalmente avaliadas, tendo-se efectuado a média global de avaliação das sessões referidas.

Avaliação Global da Formação UCIP 2010



AVALIAÇÃO GERAL DOS FORMADORES



C – Reformulação da Folha de Avaliação da “Formação em Serviço”

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente – C.H.V.N. Gaia / Espinho, E.P.E.

AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

_____ ; Data: ____/____/2011

Os objectivos deste questionário são avaliar a perspectiva do formando sobre a acção de formação desenvolvida, e a obtenção de dados que permitam otimizar os cuidados através de acções de formação futuras. Indique a sua resposta com X, numa escala de 1 (mínimo) a 5 (máximo).

IDENTIFICAÇÃO DO FORMANDO

Nome (opcional): _____;

Categoria Profissional: _____;

APRECIAÇÃO GLOBAL

AS EXPECTATIVAS FORAM SATISFEITAS

TOTALMENTE

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

POUCO

OS OBJECTIVOS FORAM:

ATINGIDOS TOTALMENTE
CLAROS

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

NÃO ATINGIDOS

CONFUSOS

FORMADORES

DOMÍNIO DA MATÉRIA

EXCELENTE

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

FRACO

METODOLOGIA UTILIZADA

ADEQUADA

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

INADEQUADA

CAPACIDADE DE MOTIVAR E ESTIMULAR

EXCELENTE

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

FRACA

NÍVEL DE PARTICIPAÇÃO

ELEVADO

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

BAIXO

RELAÇÃO COM PARTICIPANTES

ADEQUADA

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

INADEQUADA

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

EXCELENTE

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

FRACO

CAPACIDADE DE UTILIZAÇÃO MEIOS AUDIO VISUAIS

ELEVADA

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

FRACA

TEMPO DEDICADO A EXPOSIÇÕES TEÓRICAS

ADEQUADO

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

INADEQUADO

TEMPO DEDICADO A EXERCÍCIOS PRÁTICOS

ADEQUADO

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

INADEQUADO

LINGUAGEM UTILIZADA

ADEQUADA

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

INADEQUADA

CLAREZA NAS INTERVENÇÕES

EXCELENTE

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

FRACA

Ver Verso

BALANÇO FINAL

Quais os aspectos desta acção de formação que considera mais positivos?

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Quais os aspectos desta acção de formação que devem ser melhorados?

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

O que vai mudar na sua prática após esta acção de formação?

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Comentários / Sugestões para a optimização da Formação UCIP:

Indique outros temas que gostaria de ver abordado em futuras acções de formação:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Muito obrigado pela disponibilidade.

Anexo 6 – “Necessidades Formativas dos Enfermeiros UCIP”

A – Diagnóstico de Necessidades Formativas dos Enfermeiros UCIP

B – Diapositivos da Apresentação dos Resultados Obtidos

C – Poster Resumo dos Resultados Obtidos

A – Diagnóstico das Necessidades Formativas dos Enfermeiros UCIP

MESTRADO EM ENFERMAGEM

COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO – MÓDULO CUIDADOS INTENSIVOS

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES FORMATIVAS DOS ENFERMEIROS UCIP

Trabalho realizado por:

Enf.^a Daniela Silva

Com a colaboração de: Enf.^o Helder Marques, Enf.^a Chefe Amélia Rodrigues e Enf.^a Formadora
Dalva Costa

Vila Nova de Gaia, Novembro de 2010

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	4
2. FORMAÇÃO EM SERVIÇO E ENFERMAGEM	5
3. COLHEITA DE DADOS	8
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS	10
5. CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS	20
ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES FORMATIVAS DOS ENFERMEIROS UCIP	22

1. INTRODUÇÃO

Durante a realização do módulo de Cuidados Intensivos do Estágio referente ao Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica (MEEMC) é suposto desenvolvermos actividades que visem a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista de acordo com o proposto no projecto de estágio por nós elaborado e tendo por base o estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros. Como previsto no Decreto Lei N.º 247 / 2009 de 22 Setembro que regula a nova Carreira de Enfermagem cabe ao Enfermeiro Principal *“Assumir a responsabilidade pelas actividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce actividade”*.

O presente trabalho pretende, ainda, dar resposta a vários objectivos do meu projecto de estágio, todos eles inseridos no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais e que passo a enumerar: reflectir na e sobre a prática, de forma crítica; promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; identificar as necessidades formativas na área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica; Promover a formação em serviço na área de EEMC; Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica e avaliar as causas de desmotivação relacionadas com a formação em serviço UCIP.

Além da resposta à solicitação pedagógica pretende, ainda, constituir uma mais valia para o serviço, dado o facto de se tratar de uma necessidade identificada pela Enf.^a Chefe Amélia Rodrigues e pela Enf.^a Formadora Dalva Costa que colaboraram na implementação deste projecto.

O facto de nos encontrarmos dois alunos do mesmo curso de especialização no serviço e dado os objectivos serem semelhantes, parte significativa deste trabalho foi desenvolvida em conjunto com um colega. O instrumento de colheita de dados (questionário), a aplicação do questionário, o tratamento dos dados obtidos e a apresentação dos mesmos à Enf.^a Chefe da UCIP foi efectuada conjuntamente. A fundamentação e teórica e discussão dos resultados foram realizados individualmente, dada a escassez do tempo que dispúnhamos em comum, no entanto, foram partilhadas ideias acerca destes últimos constituintes do trabalho.

O presente trabalho é constituído por uma breve abordagem teórica acerca da formação em serviço, a metodologia aplicada e a análise e discussão dos resultados obtidos.

2. FORMAÇÃO EM SERVIÇO E ENFERMAGEM

As rápidas mudanças tecnológicas e organizacionais do sector da saúde exigem dos seus profissionais uma crescente diferenciação e uma actualização constante dos seus saberes. *“A formação profissional dos Enfermeiros tem particular acuidade decorrente da crescente complexidade das funções, no contexto de autonomização e construção de identidade da profissão”* (Guerra, 2008; p.1 – 2).

No contexto actual, a formação profissional dos enfermeiros é, ainda, uma preocupação acrescida tendo em conta as alterações da carreira, as relações de trabalho precárias, as novas formas de gestão hospitalar e a generalização dos contratos de trabalho individuais. A formação e crescente qualificação dos profissionais tem sido motor de mudanças significativas na autonomização da profissão podendo ser uma das soluções para esta conjuntura.

No que diz respeito ao conceito de formação profissional a literatura evidencia diversas definições, sendo que é variável a ênfase atribuído ao processo individual / organizacional (Guerra, 2008). De acordo com Goldstein e Gessner (1998, p. 43) por formação profissional entende-se *“a aquisição sistemática de competências, normas, conceitos ou atitudes que origina um desempenho melhorado em contexto profissional”*. Dias (2004, p.58) refere que a formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão *“do saber (conhecimento), do saber – fazer (capacidades), do saber – ser (atitudes e comportamentos) e do saber – aprender (evolução das situações e a permanente actualização e adaptação que estas exigem)”*. Já Almeida (2004, p.312) refere que o objectivo da formação profissional é *“promover, modificar comportamentos no sentido de cumprir os objectivos organizacionais de desenvolvimento”*, tratando-se do esforço de desenvolvimento das competências individuais com o objectivo de melhorar o desempenho colectivo e atingir os objectivos organizacionais.

Dentro da formação profissional importa distinguir a formação em serviço que se refere à formação promovida habitualmente pela entidade profissional, no sentido de assegurar que os profissionais tenham as competências desejadas para o exercício das suas funções, em geral competências específicas ao desempenho da função (Guerra, 2008).

A formação em Enfermagem teve sempre uma associação muito forte ao local de trabalho, dado grande carácter prático da profissão. De acordo com Who citado por Abreu (2001, p. 128) *“A enfermagem é simultaneamente uma arte e uma ciência que requer a compreensão e a aplicação do conhecimento e saberes próprios da disciplina. Inclui igualmente conhecimentos e técnicas oriundas das ciências humanas, bem como da*

psicologia, sociologia, medicina e ciências biológicas”. O Enfermeiro depara-se no seu quotidiano com situações muito diversas o que implica que a sua actividade não pode cair na rotina nem no abuso dos protocolos de actuação uma vez que na realização da sua actividade se depara com grande variedade a que tem de dar resposta em função da individualidade da situação.

No Decreto Lei n.º 247 /2009 que regula o regime da Carreira de Enfermagem é reconhecido esse papel preponderante da formação pelo que o mesmo determina que cabe ao Enfermeiro “Colaborar no processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional (...) Desenvolver e colaborar na formação realizada na respectiva organização interna (...) Orientar as actividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional”, enquanto que o Enfermeiro Principal deve “Assumir a responsabilidade pelas actividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce actividade”.

No entanto e apesar da formação em serviço se encontrar regulamentada, nem sempre a adesão às sessões de formação em serviço é tão elevada como deveria. De acordo com Guerra (2008, p. 4) *“vários modelos teóricos antecipam que a participação em acções de formação é influenciada por características pessoais tais como a capacidade de aprender, a motivação, a percepção dos retornos, o envolvimento organizacional, assim como factores organizacionais relacionados com o ambiente de trabalho, interesse das chefias e com a organização da formação.”*

Macedo (2001) verificou que os enfermeiros valorizam a formação de acordo com o interesse, motivação e situação na carreira. Já Sousa (2003) concluiu que os motivos que influenciam os enfermeiros a participarem na formação em serviço são a progressão profissional, mas também o adquirir competências, estabelecer relações sociais e a anuência com as chefias.

A Teoria Comportamental da Gestão propõe que a formação é, assumidamente, um factor no desenvolvimento pessoal e profissional do indivíduo, assim como das organizações, ajudando-os também a adaptarem-se às inovações que advêm do mundo em constante mudança.

Segundo a teoria das relações humanas é necessário conhecer os contextos de trabalho, os grupos e as suas dimensões afectivas, bem como factores de insatisfação. A formação é um desígnio de satisfação e de motivação dos actores, sendo interpretada como recompensa ou obra social, pelo que o conhecimento das necessidades dos indivíduos poderá contribuir para os motivar para a adesão à formação (Guerra, 2008).

A motivação dos trabalhadores em relação à formação profissional é um elemento crucial para as suas decisões de participação (Mathieu et al, 1993). Os profissionais motivados

são capazes de aprender mais e adquirir novas competências do que aqueles que se encontram desmotivados (Goldstein, 1993). Indivíduos motivados são também os que mais realizam a prática baseada na evidência (Tannenbaum et al, 1991).

Colquitt et al (2000) define que “*motivação para a aprendizagem pessoal*” é a vontade que os formandos têm de adquirir conhecimentos / competências ao frequentarem programas de formação, daí a importância de perceber quais as necessidades formativas dos profissionais para construir planos de formação adaptados e que os motivem a participar.

Noe e Wilk (1993) cit por Guerra (2008) chegaram à conclusão de que os indivíduos estarão pouco motivados quando não acreditam que a formação se traduzirá em benefícios, daí que seja possível anuir que os enfermeiros com maior experiência profissional adiram menos à formação em serviço, uma vez que acreditam que pouco ou nada acrescentará à sua prestação de cuidados dada a sua experiência. Os mesmos autores sugeriram ainda que há três tipos de benefícios que quando percebidos poderão condicionar um aumento na participação na formação sendo eles: Benefícios pessoais (que contribuem para o desenvolvimento pessoal e profissional); Benefícios de carreira (que contribuem para o desenvolvimento do seu curriculum, progressão de carreira, aumento de salário, promoção, avaliação de desempenho) e Benefícios profissionais (que ajudam no desenvolvimento das suas actividades, avaliação de desempenho).

A teoria do capital humano defende que educação e formação são elementos complementares do investimento em capital humano, sendo que os estudos de investigação o comprovam na medida em que indivíduos com mais formação académica são mais propensos a aderir à formação em serviço (Guerra, 2008).

Outro importante factor de motivação para a formação em serviço é o envolvimento no trabalho. Os profissionais mais envolvidos no trabalho encontram-se mais motivados para participarem na formação porque esta aumenta as suas habilidades, melhora o seu desempenho no trabalho e aumenta o seu ego (Mathieu et al, 1993).

A motivação para a formação enquanto factor multidimensional teria muitos outros factores a abordar, no entanto e no contexto deste trabalho estes parecem-nos ser os que mais se coadunam com a realidade abordada.

3. COLHEITA DE DADOS

Para o diagnóstico de necessidades formativas do serviço foi utilizado o questionário habitual da UCIP, tendo-se procedido apenas à introdução de algumas questões que achamos pertinentes tendo em conta a bibliografia brevemente consultada (Anexo A).

As questões por nós introduzidas foram as seguintes:

Tempo de experiência profissional no serviço e experiência profissional anterior - a literatura diz-nos que quanto maior experiência profissional menor será a adesão à formação em serviço, para além disso a introdução desta questão permite-nos perceber se os enfermeiros com menos experiência profissional sentem necessidades formativas diferentes dos colegas mais experientes. Uma outra possibilidade através da análise nas experiências anteriores será a de possibilitar a escolha de formadores mediante a sua experiência na área.

Formação pós – graduada em Cuidados Intensivos / Emergência – De acordo com a literatura revista os enfermeiros com mais formação estão mais motivados para a participação na formação, além de adquirirem competências que podem proporcionar o desenvolvimento profissional de outros colegas através da partilha de experiências.

Formação pós – graduada que possuem e consideram essencial para a melhoria dos cuidados prestados na UCIP – No sentido de detectar necessidades de formação extra Plano de Formação em Serviço UCIP.

Situações – problema vivenciadas na prática profissional que condicionem a qualidade dos cuidados prestados na UCIP - Com esta questão pretendíamos identificar situações problema que pudessem ser colmatadas com acções de formação de carácter formal ou informal, mas também detectar experiências e percepções dos enfermeiros que possam desmotivar a sua participação na formação.

Sugestões para a realização de diferentes tipos de formação contínua na UCIP - No sentido de implicar os enfermeiros nas sessões e determinar soluções para as tornar mais dinâmicas e com maiores taxas de adesão.

Todas as restantes questões do instrumento foram mantidas por conveniência do serviço, mesmo as que não se encontravam directamente ligadas ao objectivo deste trabalho tais como as que se referem às unidades de Gestão Participativa.

APLICAÇÃO

O questionário foi aplicado no período de 16-11-2010 a 24-11-2010.

A população a quem se dirigia o questionário era constituída pelos 31 enfermeiros que integram a equipa da UCIP. Por opção da Sra. Enf.^a Chefe o instrumento não foi aplicado à mesma, nem à Enf.^a responsável pela Formação UCIP. Para além desta situação, encontravam-se ausentes do serviço dois enfermeiros por doença e vários enfermeiros tiveram férias ou folgas consecutivas que impediram a entrega do questionário.

O questionário foi, assim, distribuído a 25 enfermeiros, sendo que nos foram devolvidos 20 questionários o correspondente a 80% de taxa de retorno.

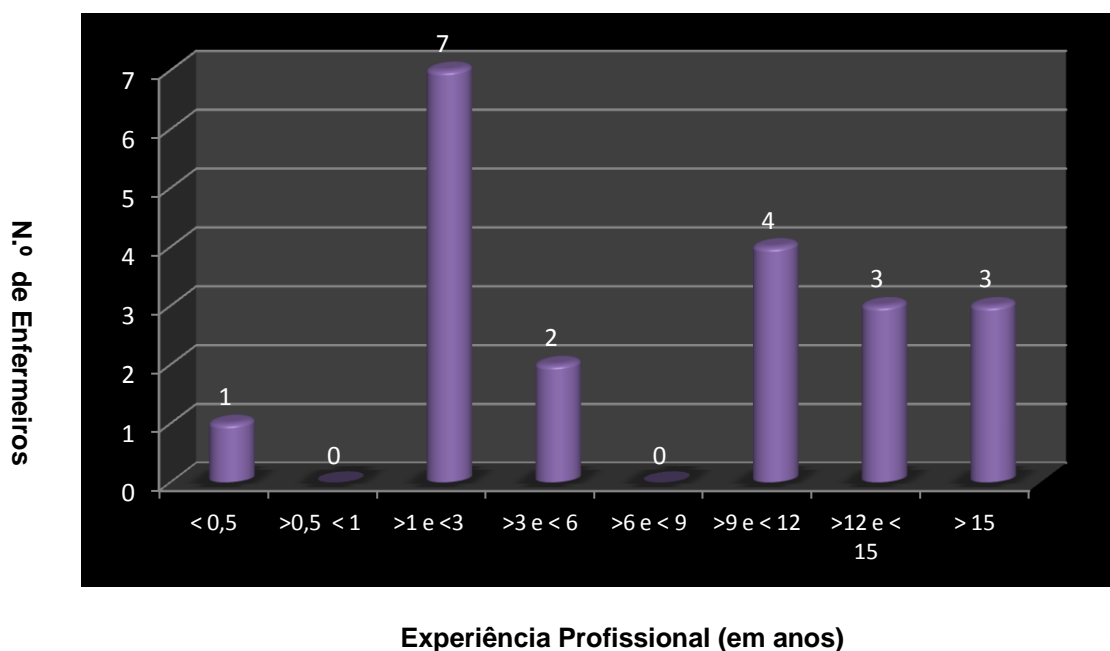
A análise e tratamento estatístico dos dados foram realizados nos dias 24 e 25-11-2010, utilizando como suporte o Microsoft Excel®.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS

Em relação à experiência profissional dos enfermeiros na UCIP apenas 1 elemento (5% da população) tem uma experiência inferior a 6 meses; 7 elementos (35%) trabalham na UCIP há um intervalo de tempo entre 1 e 3 anos; 2 elementos (10%) têm uma experiência profissional de 3 a 6 anos na UCIP; 4 enfermeiros (20%) trabalham na UCIP num período de 9 a 12 anos; 3 enfermeiros (15%) têm uma experiência de 12 a 15 anos na UCIP, enquanto que os restantes 3 elementos (15%) trabalham na UCIP há mais de 15 anos.

Podemos concluir que se trata de uma equipa experiente no seu global, sendo que 50% dos enfermeiros trabalham na Unidade há mais de 9 anos, encontrando-se os resultados ilustrados no gráfico 1.

Gráfico 1 – Experiência Profissional dos Enfermeiros da UCIP



Para além da experiência profissional na UCIP vários enfermeiros tiveram experiências anteriores em diversos serviços, sendo que 8 elementos tiveram variada experiência no serviço de medicina, 3 enfermeiros trabalharam na cirurgia, 1 enfermeiro trabalhou na Unidade de Cuidados Pós – Anestésicos, 1 enfermeiro trabalhou em outras unidades de cuidados intensivos, 1 enfermeiro tem experiência de neurocirurgia, 1 enfermeiro trabalhou no serviço de neurologia, 1 enfermeiro trabalhou em Pneumologia, 1 enfermeiro teve experiência na Unidade de doentes Neutropénicos, 1 enfermeiro referiu a experiência na Viatura Médica de Emergência e Reanimação, 1 enfermeiro referiu experiência numa UCIC de um hospital

estrangeiro (pelo que desconhecemos o tipo de serviço que se trata), um enfermeiro referiu ter prestado cuidados numa clínica, um enfermeiro referiu ter experiência num Centro de Saúde e um enfermeiro referiu ter experiência anterior mas não especificou o serviço, conforme demonstrado pela Tabela 1.

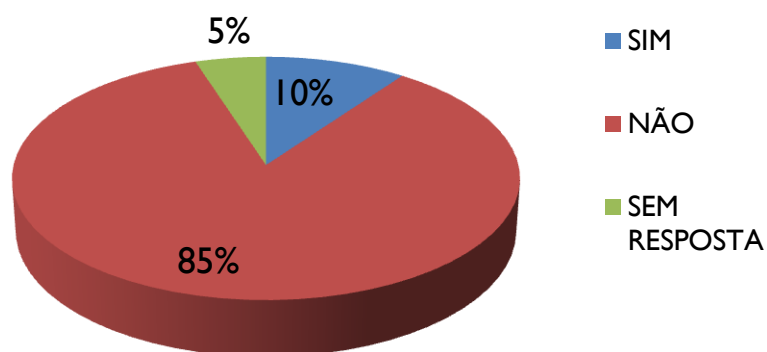
Tabela 1 – Experiência profissional anterior dos Enfermeiros da UCIP

EXPERIÊNCIA ANTERIOR	NÚMERO D8E ELEMENTOS
Medicina	5
Sem experiência anterior	3
Cirurgia	1
UCPA	1
UCIP (outra)	1
Neurocirurgia	1
Neurologia	1
Clínica	1
Centro de Saúde	1
Pneumologia	1
Unidade de Doentes Neutropénicos	1
VMER	1
UCIC	1
Área desconhecida	1
Total	11

Mais do que quantificar a experiência profissional anterior dos enfermeiros foi nosso objectivo perceber quais as áreas em que os profissionais tinham experiência, na medida em que se podem tornar uma mais valia em formações de áreas específicas. Como exemplo, para a formação sobre o doente neurocrítico poderia ser vantajoso aproveitar a experiência do enfermeiro com experiência de neurocirurgia / neurologia.

No que concerne à formação pós graduada dos enfermeiros da UCIP, 85% dos enfermeiros responderam que não possuíam qualquer formação, 10 % dos enfermeiros responderam que tinham formação pós graduada e 5% dos enfermeiros não responderam a esta questão (como ilustrado pelo gráfico 2). Em relação a esta questão deveremos referir que provavelmente terá sido mal formulada, na medida em que, sabemos do contacto com a equipa que todos ou quase todos os profissionais possuem o Curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) e no entanto, esta formação não foi considerada pelos profissionais. A informação pretendida com esta questão seria toda a formação profissional / académica desenvolvida pelos enfermeiros após a conclusão da licenciatura de que seriam exemplo o SAV, os cursos na área de Trauma e etc.

Gráfico 2 – Formação Pós – Graduada dos Enfermeiros da UCIP



Percentagem de Respostas

Em relação à questão sobre a formação pós – graduada que os enfermeiros da UCIP possuem e consideram essencial para a melhoria dos cuidados prestados no serviço apenas um enfermeiro respondeu, tendo referido que considerava a formação sobre “Abordagem da Vítima de Trauma” importante. No entanto há que referir que a resposta a esta questão foi condicionada pelo anteriormente exposto acerca da questão precedente.

No que diz respeito às sugestões para temáticas a abordar na Formação UCIP 2011, obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 2 – Áreas de Formação Propostas para 2011

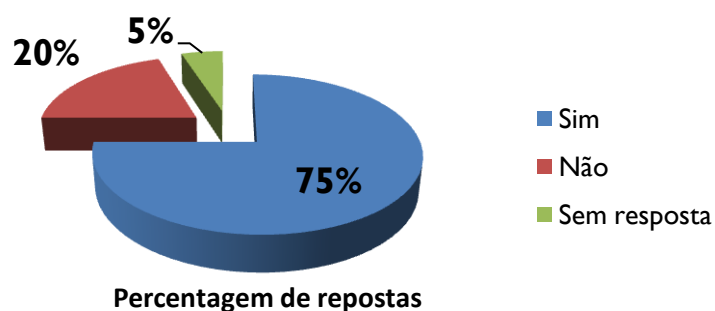
AREAS FORMAÇÃO 2011	N.º de Respostas
Sépsis	8
Monitorização com Vigíleo	6
Novos protocolos reanimação SAV	4
Doente politraumatizado em cuidados intensivos	3
Comunicação entre profissionais em cuidados intensivos	2
Ventilação Mecânica	2
Doente neurocirúrgico	2
ECG	2
Precauções de isolamento: barreiras de protecção	2
Antibioterapia	2
Pós - operatório do doente de cirurgia plástica	2
Intoxicações	2
Controlo de Infecção	2
Dor	2
Tratamento de feridas	2
Novas técnicas em cuidados intensivos	1
Transporte do doente crítico	1
Deontologia profissional (direitos e deveres)	1
Reabilitação dos doentes críticos - cuidados de enfermagem	1
Problemas éticos em cuidados intensivos	1
Tracções ortopédicas	1
Abordagem do doente traumatizado	1
Cuidados ao doente em fim de vida	1
Técnicas dialíticas	1
Descontaminação de materiais	1
Colonização por microorganismos multirresistentes	1
Prática baseada na evidência / protocolos	1
Manutenção e dadores de órgãos	1
Monitorização cerebral	1
Doente oncológico / quimioterapia	1
Cuidados pré e pós cirúrgico	1

De todas as áreas de formação referidas, as incluídas no Plano de Formação UCIP 2011 serão: a Sépsis (8 respostas); a Monitorização com Vigíleo (6 respostas); os Novos protocolos de Reanimação SAV (4 respostas) e o Doente Politraumatizado em Cuidados Intensivos (3 respostas).

De ressaltar, a grande diversidade de necessidades formativas referidas, bem como o facto de a grande maioria se reportar ao domínio da Prática Avançada de Enfermagem (domínio tecnológico / gestão de sinais e sintomas) em detrimento da Prática de Enfermagem Avançada (no domínio das transições experimentadas pelos clientes). Os temas menos voltados para a tecnologia e gestão de sinais e sintomas, como por exemplo a deontologia profissional, a comunicação entre profissionais de cuidados de intensivos foram sugeridos por enfermeiros com maior experiência profissional.

No que se refere à importância da formação ser ministrada por peritos na área, 75% dos enfermeiros respondeu que considerava importante, 20 % respondeu que não considerava importante e 5% dos enfermeiros não responderam a esta questão, como representado no gráfico seguinte.

Gráfico 3 – Importância do perito como formador



Questionados acerca da disponibilidade dos enfermeiros para serem formadores em serviço, em áreas de sua eleição, 9 enfermeiros responderem que gostariam de dar formação, 5 enfermeiros responderam que não estavam disponíveis para ministrar formação e 5 não responderam a esta questão, como demonstrado pelo gráfico 4.

Gráfico 4 – Disponibilidade dos Enfermeiros para serem formadores em serviço



Em relação aos temas que os enfermeiros se disponibilizaram a ministrar, foram obtidos os resultados apresentados na tabela que se segue.

Tabela 3 – Áreas de Formação de Eleição dos Voluntários para Formadores

FORMADORES 2011	Número de Respostas
Tratamento de feridas e material existente no CHVNG	2
Cuidados de enfermagem ao doente cirurgia plástica	2
Intoxicação	2
Prevenção e tratamento de UP	1
Hemofiltração	1
Deontologia profissional	1
Morte cerebral	1
Abordagem sistematizada do doente de trauma	1
Gestão de risco	1
Sépsis	1
Prática baseada na evidência	1
Ventilação / Via Aérea / Reanimação	1
Novas <i>Guidelines</i> SAV	1

Quanto a estes resultados há que destacar que 1 enfermeiro se disponibilizou para levar a cabo a formação sobre sépsis e 2 enfermeiros para ministrarem a formação sobre as novas *guidelines* SAV, dois dos temas que foram eleitos para o Plano de Formação UCIP 2011. Deste modo a Enf.^a responsável pela formação poderá planear com os referidos elementos as sessões de formação.

No que diz respeito às sugestões para diferentes tipos de formação foram obtidas múltiplas sugestões conforme exposto na tabela 4.

Tabela 4 – Sugestões para diferentes tipos de formação

SUGESTÕES	NUMERO DE RESPOSTAS
Sem resposta	6
Formação com elementos extra equipa UCIP	2
Criação de protocolos e formação informal sobre os mesmos	1
Investigação UCIP: Tratamento de feridas	1
Investigação UCIP: Alimentação entérica	1
Reunião entre responsáveis de turno: melhoria qualidade de cuidados	1
Realização de estudos de caso / reflexões	1
Organização de um congresso	1
Formação ministrada para médicos / enfermeiros	1
Reuniões de carácter informal com equipa multidisciplinar	1

O facto de solicitarmos aos enfermeiros sugestões para uma formação diferente, poderá trazer mais dinamismo às sessões diminuindo as típicas projecções powerpoint com pouca interacção das formações actuais do serviço. Por outro lado, ao questionarmos acerca destas mesmas sugestões poderemos gerar nos enfermeiros o sentimento de envolvimento com o serviço e manifestar o apoio e interesse da chefia que são factores de motivação para a formação em serviço.

Questionamos, ainda, os enfermeiros acerca de situações problema que os mesmos vivenciem na prática, tendo obtido as respostas representadas na Tabela 5:

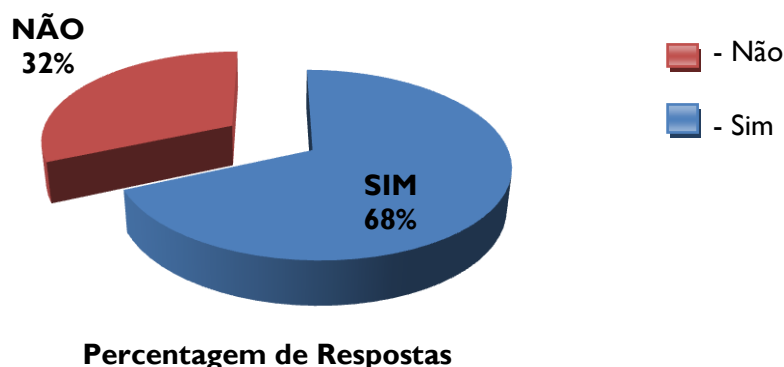
Tabela 5 – Situações problema da prática profissional

SITUAÇÕES PROBLEMA	NÚMERO
Carga de trabalho	13
Falta de organização entre a equipa multidisciplinar	11
Falta de reconhecimento profissional	5
Comunicação inter equipas	4
Excesso de horas extra - horário	3
Desmotivação da equipa de enfermagem	3
Falhas de comunicação entre profissionais	2
Utilização de índices de carga de trabalho na distribuição de doentes	2
Falta de protocolos validados e seguidos pelos grupos profissionais	2
Burnout dos profissionais	2
Desorganização física do serviço	1
Sistemáticas alterações de terapêutica sem conhecimento dos enfermeiros	1
Ratio em doentes infectados	1
Sistema informático desadequado	1
Carga de trabalho: como responsável de turno	1
Falta de programação de intervenções aos doentes	1
Falta de reuniões multidisciplinares sobre doentes que assim o exijam	1
Situações de emergência	1
Contacto com farmácia	1
Interligação com outros serviços	1
Sem resposta	1

Com os dados obtidos podemos retirar várias conclusões, como por exemplo: tratam-se de factores que nitidamente diminuem a motivação dos enfermeiros para a formação, além disso não são situações que meramente sejam colmatadas com formação, mas sim e essencialmente do âmbito da gestão. Enfermeiros com elevada carga de trabalho, a trabalharem para um serviço desorganizado principalmente no que concerne à comunicação inter-disciplinar, que não reconhece o seu trabalho e com grande número de horas extra – horário (de acordo com o exposto pelos enfermeiros UCIP) dificilmente despenderão o seu tempo na formação em serviço.

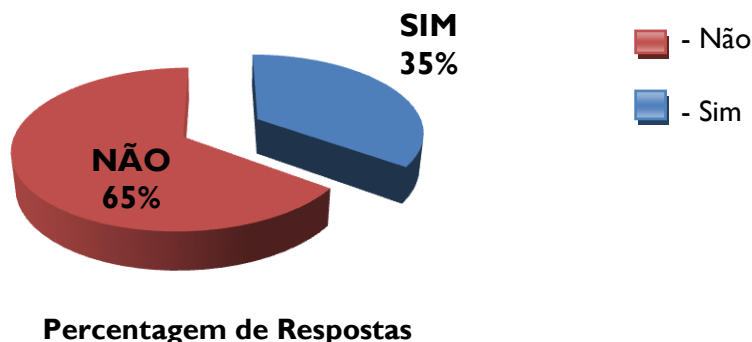
Reportando-nos ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros e à sua disponibilidade para exercer supervisão clínica dos alunos da licenciatura 68 % dos enfermeiros (13 elementos) referiu-se sentir-se preparado para esta função, enquanto que os 32% (6 elementos) responderam que não se sentem preparados para a mesma, conforme ilustrado pelo gráfico 5.

Gráfico 5 – Disponibilidade para orientar alunos de licenciatura



Já no que concerne à tutoria de alunos da especialização apenas 35 % dos enfermeiros (7 elementos) assumiriam essa responsabilidade, enquanto que 65% (13 elementos) referiram não se sentirem preparados (gráfico 6).

Gráfico 6 – Disponibilidade para orientar alunos de especialização



Em relação às áreas de Gestão Participativa constituídas pela Enf.^a Chefe e que visam também o desenvolvimento profissional dos Enfermeiros, cerca de 60 % dos profissionais (12 elementos) da UCIP são responsáveis por uma área de gestão participativa, enquanto que 40 % (8 elementos) não têm qualquer responsabilidade de gestão. Dois enfermeiros referiram ser responsáveis pelo “Carro de Emergência”; dois enfermeiros são responsáveis pelo programa informático “PICIS – Critical Care Manager”; uma enfermeira é a “Dinamizadora da Comissão de Controlo de Infecção”; um enfermeiro referiu ser responsável pela “Elaboração do Manual de Procedimentos”; um enfermeiro referiu ser responsável “Equipamento de Gasimetria”; um enfermeiro é responsável pela área de “Gestão local de risco”; um enfermeiro é responsável

pelo “Inventário”; dois enfermeiros referiram ser responsáveis pela gestão do “Material e Tratamento de Feridas”, um enfermeiro é responsável pelas “Técnicas dialíticas /hemofiltração” e um enfermeiro é responsável pela “Ventilação”.

Questionados acerca da vontade de assumir a responsabilidade por alguma área de gestão participativa 21 % responderam que gostariam de o fazer enquanto que 79% dos enfermeiros responderam que não estavam interessados. Dos 21% de enfermeiros interessados apenas dois referiram áreas de interesse, sendo as referidas a área das “Feridas”, “Carro de Urgência” e “Grupo de Trauma”.

De acordo com a Enf.^a Chefe não se encontram representadas nas respostas obtidas todas as áreas de gestão participativa. Em todo o caso estes últimos dados em que 79% dos enfermeiros não quer assumir nenhuma área de gestão participativa parecem ir de encontro à desmotivação dos enfermeiros já evidenciada anteriormente.

5. CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu-nos identificar as necessidades formativas dos Enfermeiros UCIP traduzindo a base para a elaboração do plano de formação UCIP 2011, objectivo principal do mesmo.

Foi, ainda, possível perceber quais os enfermeiros que estavam dispostos a serem formadores e em que áreas, o que mais uma vez será útil para que a Enf.^a Formadora possa obter a sua colaboração.

Por outro lado, foi-nos possível através da análise dos dados perceber alguns dos factores que estão na origem da desmotivação dos profissionais de enfermagem, tais como a carga de trabalho excessiva, a falta de reconhecimento profissional, a falta de comunicação inter disciplinar, o excesso de horas extra horário entre outros, o que permitirá às chefias intervir neste sentido se assim o entenderem, contribuindo para a motivação dos enfermeiros não só para aumentar a sua participação na formação, mas principalmente para melhorar a qualidade de cuidados prestados. O facto de termos colocado algumas destas questões fez com que os profissionais reflectissem acerca da sua prática, promovendo o seu desenvolvimento

A análise dos resultados referentes ao desenvolvimento profissional, quer quanto à disponibilidade dos enfermeiros para exercerem supervisão clínica de alunos, quer para a sua inclusão nas áreas de gestão participativa veio confirmar a desmotivação e exaustão da equipa.

Obviamente que nem todos os factores que contribuem para a baixa taxa de adesão à formação foram analisados, no entanto pensamos ter conseguido analisar os mais importantes.

Por tudo isto, achamos correcto dizer que cumprimos os objectivos inicialmente propostos.

REFERÊNCIAS

ABREU, Wilson. 2001. *Identidade, formação e trabalho. Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Formassau/Educa, Lisboa. 328 pps.

ALMEIDA, F. 2004. *A Gestão de Recursos Humanos*. Vida Económica. Introdução à Gestão de Organizações. Companhia Editora do Minho.

COLQUITT, J.; LE PINE, J. e NOE, R. 2000. *Toward an integrative theory of training motivation: a meta-analytic path analysis of 20 years of research*. Journal of Applied Psychology. [On line], 85 (5): 678–707. Disponível em: http://www.psychologie.uni-mannheim.de/cip/tut/seminare_wittmann/meta_fribourg/Colquitt_etal_2000_MA_training_and_motivation.pdf. [26 de Outubro de 2010].

Decreto Lei N.º 247 / 2009 de 22 Setembro - Carreira de Enfermagem

DIAS, José. 2004. *Formadores: Que Desempenho?* Lusociência, Loures. 200 pps.

GOLDSTEIN, I. e GESSNER, J. 1998. *Training and development in work organizations*. Pp 43-72. In: International Review of Industrial and Organizational Psychology (Cary L. Cooper and Ivan T. Robertson). Wiley, New York.

GUERRA, Maria. 2008. *Formação Profissional dos Enfermeiros – Determinantes da Participação dos Enfermeiros em Acções de Formação em Serviço*. [Dissertação de Mestrado] Universidade de Trás – os – Montes e Alto Douro: Vila Real. 93 pp. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/19983>.

MACEDO, A. - *Dimensões do Hospital Como Organização e Formação em Contextos Hospitalar*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Minho: Braga.

MATHIEU, J.; MARTINEAU, J. e TANNENBAUM, S. 1993. *Individual and Situational influences on the development of self-efficacy: implications for training effectiveness*, Personnel Psychology. [On line], 46 (1): 1 25-147. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6570.1993.tb00870.x/abstract>. [25 de Outubro de 2010].

NOE, R.; WILK, S. 1993. *Investigation of the factors that influence employees participation in development activities*. Journal of Applied Psychology. [On line], 78(2): 291-302. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1993-31561-001>. [25 de Outubro de 2006]

SOUSA, M. 2001. *A formação continua em enfermagem*. Nursing. N.º 175.

TANNENBAUM, S.; MATHIEU, J.; SALAS, E. - *Meeting trainees' expectations: the influence of training fulfillment on the development of commitment, self-efficacy, and motivation*. Journal of Applied Psychology, Vol. 76, n.º6, (1991) p. 759-769.

**ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE NECESSIDADES FORMATIVAS DOS ENFERMEIROS
UCIP**

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente – C.H.V.N. Gaia / Espinho, E.P.E.

NECESSIDADES FORMATIVAS DOS ENFERMEIROS UCIP

Este questionário tem como objectivo o levantamento das necessidades formativas / opiniões dos Enfermeiros da UCIP, com vista à elaboração do Plano de Actividades de 2011, pela que a sua participação é da maior importância.

O questionário deverá ser entregue à Enf.^a Chefe Amélia Rodrigues, **até ao próximo dia 23 de Novembro.**

1) Identificação:

_____;

2) Indique o tempo de experiência profissional no serviço (Em anos / meses).

_____;

3) Indique experiência profissional anterior (Serviço – Anos / Meses).

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

- I Parte -

4) Indique três temas que gostaria de ver abordados na Formação em Serviço (Ordenadas de forma crescente de preferência).

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

5) Acha importante que os temas de formação UCIP sejam ministrados por peritos nas áreas de conhecimento? (Assinale com X). SIM () / NÃO ()

6) Gostaria de participar na Formação em Serviço em 2011 como formador(a)? SIM () / NÃO ()

Se sim, sugira alguns temas que gostaria de abordar (Ordenados de forma crescente de preferência).

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

- II Parte -

- 7) **Possui formação pós-graduada m Cuidados Intensivos / Emergência?**
(Assinale com X). SIM () / NÃO ()

Se sim, enumere as que considera essenciais para a melhoria dos cuidados prestados na UCIP:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

- 8) **Identifique situações – problema vivenciadas na prática profissional que condicionem a qualidade dos cuidados prestados na UCIP.**

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

- 9) **A Unidade é um centro permanente de estágios de enfermeiros (as)**
(Assinale com X).

9.1 - **Sente-se preparado para orientar alunos da Licenciatura?** SIM () / NÃO ()

9.2 - **Sente-se preparado para orientar alunos de Especialização?** SIM () / NÃO ()

- 10) **Na UCIP existem áreas específicas de Gestão Participativa** (Assinale com X).

10.1 - **É responsável por alguma delas?** SIM () / NÃO ()

Se sim, qual? _____

10.2 - **Gostaria de integrar alguma área específica?** SIM () / NÃO ()

Se sim, qual? _____

- 11) **Sugestões para a realização de diferentes tipos de formação contínua na UCIP:**

Muito obrigado pela disponibilidade.

B – Diapositivos da Apresentação dos Resultados Obtidos




Diagnóstico de Necessidades Formativas Enfermeiros - UCIP

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica
Ent.ª Daniela Silva / Ent.ª Helder Marques
Com a colaboração Ent.ª Chefe Amélia Rodrigues /Ent.ª Formadora Dália Gomes

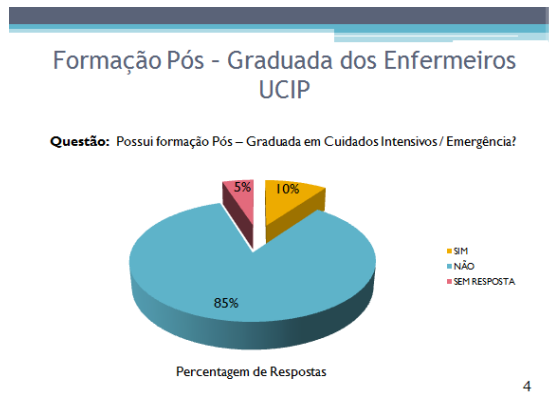
1



Experiência Profissional Anterior

EXPERIÊNCIA ANTERIOR	NÚMERO DE ELEMENTOS	EXPERIÊNCIA (EM MESES)
Cirurgia	3	33 60 60
Medicina	8	25 3 2 1 66 36 36 48
UCPA	1	72
UCIP (outra)	1	47
Neurocirurgia	1	2
Neurologia	1	2
Clínica	1	6
Centro de Saúde	1	1
Pneumologia	1	4
Unidade Doentes Neutropénicos	1	12
VMER	1	98
UCIC	1	6
Área desconhecida	1	60
Sem experiência anterior	5	

3



4

Formação Pós - Graduada dos Enfermeiros UCIP

- Questão: Formação Pós – Graduada que possui e considera essencial para melhoria de cuidados prestados na UCIP:
 - Abordagem da Vítima de Trauma – I

Nota: Neste item apenas esta resposta foi obtida

5

Necessidades Formativas

ÁREAS FORMAÇÃO 2011	N.º DE RESPOSTAS
Sépsis	8
Monitorização com "Vigileo"	6
Novos protocolos reanimação SAV	4
Doente politraumatizado em cuidados intensivos	3

6

Necessidades Formativas

AREAS FORMAÇÃO 2011	N.º de Respostas
Comunicação entre profissionais em cuidados intensivos	2
Ventilação Mecânica	2
Doente neurocirúrgico	2
ECG	2
Precauções de isolamento: Barreiras de protecção	2
Antibioterapia	2
Pós-operatório do doente de <u>cirurgia plástica</u>	2
Intoxicações	2
Controlo de Infecção	2
Dor	2
Tratamento de feridas	2

7

Necessidades Formativas

AREAS FORMAÇÃO 2011	N.º DE RESPOSTAS
Novas técnicas em cuidados intensivos	1
Transporte do doente crítico	1
Deontologia profissional (direitos e deveres)	1
Reabilitação dos doentes críticos - Cuidados de Enfermagem	1
Problemas éticos em cuidados intensivos	1
Tracções ortopédicas	1
Abordagem do doente traumatizado	1
Cuidados ao doente em fim de vida	1
Técnicas dialíticas	1

8

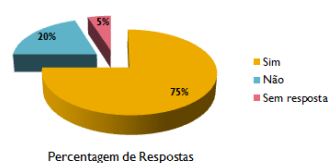
Necessidades Formativas

AREAS FORMAÇÃO 2011	N.º DE RESPOSTAS
Descontaminação de materiais	1
Colonização por microorganismos multi-resistentes	1
Prática baseada na evidência / protocolos	1
Manutenção e dadores de órgãos	1
Monitorização cerebral	1
Doente oncológico / quimioterapia	1
Cuidados pré e pós-cirúrgicos	1

9

Formadores 2011

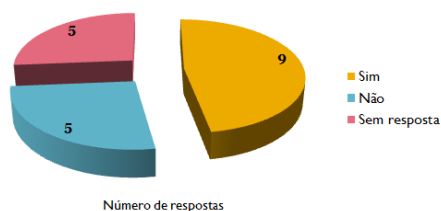
Questão: Acha importante que os temas de formação UCIP sejam ministrados por peritos nas áreas de conhecimentos?



10

Participação na Formação

Questão: Gostaria de participar na Formação em Serviço em 2011 como formador?



11

Formadores Voluntários / Tema

FORMADORES 2011	Número
Tratamento de feridas e material existente no CHVNG	2
Cuidados de enfermagem ao doente <u>cirurgia plástica</u>	2
Intoxicação	2
Prevenção e tratamento de UP	1
<u>Hemofiltração</u>	1
Deontologia profissional	1
Morte cerebral	1
Abordagem sistematizada do doente de trauma	1
Gestão de risco	1
Sépsis	1
Prática baseada na evidência	1
<u>Ventilação / Via Aérea / Reanimação</u>	1
Novas Guidelines SAV	1

12

Sugestões

SUGESTÕES PARA DIFERENTES TIPOS DE FORMAÇÃO UCIP	Número de respostas
Sem resposta	6
Formação com elementos extra - equipa da UCIP	2
Criação de protocolos e formação informal sobre os mesmos	2
Investigação UCIP: Tratamento de feridas	1
Investigação UCIP: Alimentação entérica	1
Reunião entre responsáveis de turno: melhoria qualidade de cuidados	1
Realização de estudos de caso / reflexões	1
Organização de um congresso	1
Formação ministrada para médicos / enfermeiros	1
Reuniões de carácter informal com equipa multidisciplinar	1

13

Melhoria da Qualidade dos Cuidados

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica
Enf.^a Daniela Silva / Enf.^a Helder Marques
Com a colaboração Enf.^a Chefe Amélia Rodrigues / Enf.^a Formadora Dália Gomes

14

Situações Problema da UCIP

Questão: Identifique situações – problema vivenciadas na prática profissional que condicionem a qualidade dos cuidados prestados na UCIP

SITUAÇÕES PROBLEMA	Nº DE RESPOSTAS
Carga de Trabalho	13
Falta de organização entre a equipa multidisciplinar	11
Falta de reconhecimento profissional	5
Comunicação inter- equipas	4
Excesso de horas extra - horário	3
Desmotivação da Equipa de Enfermagem	3

15

Situações Problema da UCIP

Questão: Identifique situações – problema vivenciadas na prática profissional que condicionem a qualidade dos cuidados prestados na UCIP

SITUAÇÕES PROBLEMA	Nº DE RESPOSTAS
Falhas de comunicação entre profissionais	2
Utilização de índices de carga de trabalho na distribuição de doentes	2
Falta de protocolos validados e seguidos pelos grupos profissionais	2
Burnout dos profissionais	2
Desorganização física do Serviço	1
Sistemáticas alterações de terapêutica sem conhecimento dos enfermeiros	1

16

Situações Problema da UCIP

Questão: Identifique situações – problema vivenciadas na prática profissional que condicionem a qualidade dos cuidados prestados na UCIP

SITUAÇÕES PROBLEMA	Nº DE RESPOSTAS
Ratio em doentes infectados	1
Sistema informático desadequado	1
Carga de Trabalho: Como responsável de turno	1
Falta de programação de intervenções aos doentes	1
Falta de reuniões multidisciplinares sobre doentes que assim o exijam	1
Situações de Emergência	1
Contacto com farmácia	1
Interligação com outros serviços	1
SEM RESPOSTA	1

17

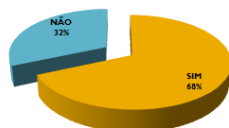
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica
Enf.^a Daniela Silva / Enf.^a Helder Marques
Com a colaboração Enf.^a Chefe Amélia Rodrigues / Enf.^a Formadora Dália Gomes

18

Desenvolvimento Profissional

- Questão: Sente-se preparado para orientar alunos de Licenciatura?

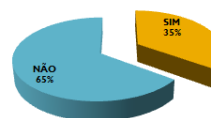


Percentagem de Respostas

19

Desenvolvimento Profissional

- Questão: Sente-se preparado para orientar alunos de Especialização?

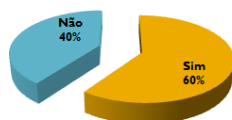


Percentagem de Respostas

20

Unidades de Gestão Participativa

- Questão:** É responsável por alguma área de gestão participativa?



Percentagem de Respostas

21

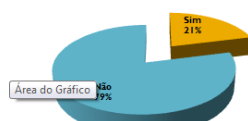
Unidades de Gestão Participativa

UNIDADES DE GESTÃO PARTICIPATIVA	ENFERMEIROS	
Carro de Emergência	CARLA LEITE	JOANA TELES
Critical Care Manager / PICIS	ANONIMO	JORGE MORAIS
Dinamizadora CCI	MANUELA ALVES	
Elaboração do manual de procedimentos	DIANA PEÇA	
Equipamento de gasimetria	JORGE MORAIS	
Gestão local de risco	RUI RIBEIRO	
Inventário	PATRICIA SILVA	
Material e tratamento de feridas	VERA FERREIRA	DIANA PEÇA
Monitorização	PAULA CARMO	
Técnicas dialíticas / hemofiltração	ELISABETE MORAIS	
Ventilação	JOAO AMARAL	

22

Unidades de Gestão Participativa

- Questão:** Gostaria de integrar alguma área específica?



Percentagem de Respostas

23

Unidade de Gestão Participativa

- Questão:** Gostaria de integrar alguma área específica?

Unidades de Gestão	Enfermeiros
Feridas	Andreia Santos
Carro de Urgência	Andreia Santos
Grupo de Trauma	Bruno neves

24

C – Poster Resumo dos Resultados Obtidos

Necessidades Formativas Enfermeiros UCIP

NECESSIDADES FORMATIVAS

ÁREAS FORMAÇÃO PROPOSTAS PARA 2011	N.º DE RESPOSTAS
Sépsis	8
Monitorização com "Vigileo"	6
Novos protocolos reanimação SAV	4
Doente politraumatizado em cuidados intensivos	3

SUGESTÕES PARA DIFERENTES TIPOS DE FORMAÇÃO

SUGESTÕES	NÚMERO DE RESPOSTAS
Sem resposta	6
Formação com elementos extra - equipa da UCIP	2
Criação de protocolos e formação informal sobre os mesmos	2
Investigação UCIP: Tratamento de feridas	1
Investigação UCIP: Alimentação entérica	1
Reunião entre responsáveis de turno: melhoria qualidade de cuidados	1
Realização de estudos de caso / reflexões	1
Organização de um congresso	1
Formação ministrada para médicos / enfermeiros	1
Reuniões de carácter informal com equipa multidisciplinar	1

SITUAÇÕES PROBLEMA DA UCIP

SITUAÇÕES PROBLEMA	N.º DE RESPOSTAS
Carga de trabalho	13
Falta de organização entre a equipa multidisciplinar	11
Falta de reconhecimento profissional	5
Comunicação inter - equipas	4
Excesso de horas extra - horário	3
Desmotivação da Equipa de Enfermagem	3

**Anexo 7 – “Intervenção em Situações de Crise – A relação de ajuda na
Enfermagem Pré – Hospitalar”**



MESTRADO EM ENFERMAGEM

COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO – MÓDULO ASSISTÊNCIA PRÉ - HOSPITALAR

INTERVENÇÃO EM SITUAÇÃO DE CRISE

- A RELAÇÃO DE AJUDA NA ENFERMAGEM PRÉ-HOSPITALAR -

Trabalho realizado por:

Enf.^a Daniela Silva

Porto, Janeiro de 2011

“Os homens são perturbados não pelas situações, mas pela forma como as vêem.”

Epictatus

SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Apoio em Crise

Cit. – Citado

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

RNAO – Registered Nurses Association of Ontario

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	5
2. ENFERMAGEM PRÉ-HOSPITALAR E INTERVENÇÃO EM CRISE	6
3. A INTERVENÇÃO EM SITUAÇÃO DE CRISE	10
4. PARALELISMO DA TEORIA COM O CASO VIVENCIADO	19
5. CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22

1. INTRODUÇÃO

No contexto do módulo de Assistência Pré-Hospitalar do Estágio em Enfermagem Médico – Cirúrgica, desenrolado nos diversos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica, apercebi-me do elevado número de activações para situações de crise. No ambiente pré-hospitalar deparamo-nos com eventos traumáticos, no seu imediato, que geram nas pessoas que o vivenciam elevados níveis de stress e comportamentos disfuncionais, próprios desta transição. É papel do enfermeiro estabelecer uma relação de ajuda que leve a pessoa a encontrar estratégias e mecanismos de adaptação e que lhe permitam seguir em frente e crescer com cada um destes acontecimentos de vida inesperados (Freitas e Pélan, 2000).

Sendo que este processo exige do enfermeiro uma elevada competência comunicacional e tendo em conta os objectivos a atingir no percurso de especialização, achei que faria todo o sentido reflectir e realizar uma breve abordagem teórica sobre a intervenção em situação de crise. Além disso, a responsabilidade do enfermeiro torna-se ainda mais preponderante no actual sistema devido ao limitado apoio recebido do CAPIC, cuja intervenção na prática é muito reduzida.

Pretendo com este trabalho dar resposta a objectivos do meu projecto de estágio, como: desenvolver conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; no domínio da gestão de qualidade zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais reflectir na e sobre a prática, de forma crítica.

Para além destes, o trabalho visa o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexão sobre a aplicação prática da evidência pesquisada nos cuidados de enfermagem, sobretudo no ambiente pré – hospitalar, já que a produção de saber em Enfermagem exige uma prática reflexiva permanente. De acordo com Guerra (2008) para que a experiência seja convertida em saber é necessário exercitar a reflexão e a pesquisa sobre o trabalho. Este tipo de formação é a base para o desenvolvimento de competências, devendo ser criativa e promover a reflexão crítica de forma a dar resposta no desenvolvimento das suas actividades e aumentando a sua performance.

O trabalho inicia-se, então, com a reflexão acerca da importância da intervenção em crise no contexto pré-hospitalar, seguindo-se de uma breve abordagem sobre os seus postulados teóricos, finalizando com um paralelismo com um caso vivenciado em contexto de estágio.

2. ENFERMAGEM PRÉ-HOSPITALAR E INTERVENÇÃO EM CRISE

Durante este estágio tive oportunidade de presenciar algumas situações em que as habilidades comunicacionais dos enfermeiros são de facto cruciais. Trataram-se de activações para situações que viemos a identificar como situações de crise nas quais o estabelecimento de uma relação de ajuda é crucial para minorar o nível de stress e para que o processo de adaptação à transição a que se refere seja iniciado tão brevemente quanto possível (Calvert e Palmer, 2003). Segundo a RNAO (2006), os enfermeiros encontram-se em posição privilegiada no sistema de saúde, não só para diagnosticarem como para intervirem em clientes, familiares ou grupos que experienciam uma situação de crise.

De acordo com Phaneuf (2005) a crise não emerge necessariamente de um acontecimento traumático, mas da interpretação que a pessoa faz de um acontecimento, da sua incapacidade para o gerir, o que lhe confere um carácter dramático. Segundo a mesma autora *“A intervenção em situação de crise possui um certo carácter de urgência decorrente do elevado nível de ansiedade que a pessoa experiencia (...) Os acontecimentos penosos, stressantes, muitas vezes vividos na urgência pelas pessoas de que a enfermeira cuida, potencialmente podem transformar-se em situações de crise e necessitam de intervenções particulares”* (Phaneuf, 2005, p. 312). Não há tempo disponível para aceder ao histórico da pessoa antes de estabelecer a relação de ajuda, tendo que se intervir no imediato (Calvert e Palmer, 2003).

Reflectindo acerca das situações em contexto de estágio e mesmo em outras activações que tive no meu contexto profissional, tive a percepção que os profissionais no contexto pré-hospitalar descuram no geral o aspecto relacional da sua profissão. Tendo-se deixado impressionar pela evolução de tecnologia e pela aplicação destes meios *“as enfermeiras atribuíram-lhes um lugar muito grande, infelizmente relegando muitas vezes para segundo plano o trabalho relacional, também ele susceptível de ajudar as pessoas cuidadas”*. (Phaneuf, 2005, p.10).

Compreendo e atribuo esta postura à frustração de responderem a chamadas que seriam supostamente emergências médicas e que, no final, são situações que embora necessitando de intervenção não seriam justificativas do empenho de um meio como a Viatura Médica de Emergência e Reanimação ou uma Ambulância de Suporte Imediato de Vida, que teriam como objectivo socorrer pessoas em risco de vida iminente. Por outro lado, a possibilidade de o meio estar a ser necessário para situações mais críticas agrava este sentimento nos profissionais. No entanto, urge voltar a reconhecer que *“a qualidade do contacto torna-se primordial uma vez que permite não somente conhecer melhor a pessoa cuidada, mas também apreender melhor a sua dificuldade a fim de intervir eficazmente. E se cada instante deste contacto fosse portador de respeito, de empatia, de uma intencionalidade precisa alvejando o problema particular e permitindo aplicar estratégias para interagir, que eficácia decuplicada poderiam ter os nossos cuidados! É preciso reconhecer que a ausência de uma relação válida entre a pessoa cuidada e a enfermeira, e a falta de um trabalho relacional intensivo, desumanizam os cuidados e despersonalizam o papel da enfermeira, transformando-*

o numa sucessão de gestos organizacionais frequentemente esvaziados do seu significado terapêutico” (Phaneuf, 2005, p. 11).

No ambiente pré-hospitalar a relação é muitas vezes tornada automática e impessoal, os próprios procedimentos institucionais são dirigidos frequentemente à gestão de sinais e sintomas, o que se torna o único objecto de preocupação dos enfermeiros. *“A predominância desta filosofia mecanicista faz perder aos cuidados uma boa parte do seu lado humano e da sua eficácia primária em ajudar a pessoa a viver a sua doença e em apoiá-la na recuperação da saúde”* (Phaneuf, 2005, p.11). Obviamente que este tipo de abordagem fragmentada é imprescindível quando a própria vida está em risco, mas sempre que as necessidades fisiológicas básicas estão asseguradas cabe-nos *“assistir o ser humano, paciente ou saudável, no desempenho das actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (...) e que ele iria desempenhar sem auxílio caso tivesse a força, a vontade ou os conhecimentos necessários para o fazer de modo a ajudá-lo a conquistar a independência tão rápido quanto possível”* (Henderson cit. por Tomey e Alligood, 2002, p. 114)

Os enfermeiros *“têm o dever de valorizar o sofrimento das pessoas que têm à frente, independentemente dos juízos de valor que possam fazer. Quem pede ajuda está em sofrimento, seja ele de que ordem for”* (INEM, 2007).

Dada a conjuntura actual e as exigências quotidianas que as comunidades enfrentam, os profissionais da emergência pré – hospitalar, têm vindo a denotar o aumento de chamadas para crises conversivas, embora não reúna dados estatísticos que o comprovem. Acontecimentos stressantes, cada vez mais frequentes, no contexto da rua, podem potencialmente tornar-se em situações de crise que necessitam de uma intervenção particular do enfermeiro. De acordo com Phaneuf (2005, p.312) *“A crise não emerge necessariamente de um acontecimento traumático; é sobretudo a interpretação que a pessoa faz de um acontecimento, a sua incapacidade para o gerir, que lhe dá o seu carácter dramático (...) A intervenção em situação de crise possui um certo carácter de urgência decorrente do elevado nível de ansiedade que a pessoa experiencia”*.

De acordo com INEM (2007, p.7) o momento de crise é *“um momento chave para iniciar qualquer processo de ajuda (uma vez que a vítima se encontra fragilizada e mais facilmente aceitará orientação) a postura e intervenção dos técnicos no local reveste-se de particular interesse e importância. Ainda que a forma de Violência mais prevalente seja a psicológica, aquela que mais vezes será motivo de accionamento e intervenção dos técnicos no terreno prende-se com a violência física ou sexual.”*

A intervenção numa situação de crise exige por parte do enfermeiro o recrutamento de toda a sua competência comunicacional tendo em conta que nem sempre é fácil fazer falar a pessoa que vive uma experiência traumática muitas vezes em estado de choque, incapaz de reunir as suas ideias para as verbalizar (RNAO, 2006).

São múltiplas as situações susceptíveis de originar crises sérias, sendo que estas não são exclusivamente ligadas a acontecimentos exteriores.

As crises podem ser classificadas essencialmente em dois tipos, de acordo com o motivo que lhes dá origem (Phaneuf, 2005; Seminotti et al, 2006):

Crises de maturação – são um exemplo de crise de origem interna e surgem em resposta aos stresses devidos a transições ou a acontecimentos ligados a período específicos da vida. Tais como a adolescência, a menopausa, etc. As desordens que lhe são inerentes são geralmente previsíveis. Vivenciei uma situação deste tipo na SIV Amarante, em que recebemos uma activação para *“Feminino de 12 anos com dispneia, sem antecedentes conhecidos”*, pelo caminho até à escola, concebemos logo um cenário de crise conversiva dada a casuística e a informação que possuíamos acerca da situação. Obviamente que esta interpretação pode à partida condicionar os cuidados prestados, no entanto, refleti com os colegas acerca dos estereótipos construídos e sobre as implicações dos mesmos. É importante recordar que *“os valores são preciosos para os humanos, é o que os ajuda a viver. É por isso que devemos procurar conhecer os valores dos nossos doentes, e também compreendê-los e ajudá-los a satisfazer as suas necessidades respeitando-os.”* (Phaneuf, 2005, p.81).

Crises situacionais – Provêm dos stresses ligados a acontecimentos ameaçantes ou traumatizantes que surgem inopinadamente. A pessoa que tem em pouco tempo várias provas importantes corre mais o risco de viver uma situação de crise. Qualquer ameaça à integridade física ou psicológica pode desencadeá-la. Este tipo de crises corresponde a grande percentagem de casuística, na medida em que na emergência pré-hospitalar quase todos os eventos são situações agudas e inesperadas geradoras de um grande nível de stress nas pessoas afectadas. *“As crises mais dramáticas são as desencadeadas a seguir a um incêndio, uma agressão ou uma violação cujo terror perdura por longo tempo”* (Phaneuf, 2005, p.313).

Este tipo de crises estão, muito frequentemente, na origem de activações SIV na medida em que mimetizam quadros como dores torácicas, dispneias ou inconsciência, critérios que justificam a activação do meio. Também na SIV Amarante tive oportunidade de intervir numa situação em que um homem de 43 anos de idade terá sido agredido pela mãe e irmão.

Em ambas as situações foi necessário adaptar-me não só ao estadio de desenvolvimento de cada um dos clientes, mas também ao seu estrato socio-económico de modo a que a comunicação fosse eficaz e tendo como objectivo o estabelecimento de uma relação de ajuda.

A duração do contacto que desenvolvemos neste contexto com os clientes limita a nossa intervenção, no entanto, como já mencionado o contacto precoce para minorar os elevados níveis de ansiedade, é crucial. O contexto de enfermagem pré-hospitalar exige, ainda,

uma flexibilidade extra no sentido em que o alvo dos cuidados se pode encontrar em qualquer uma das fases do ciclo vital.

3. A INTERVENÇÃO EM SITUAÇÃO DE CRISE

Ao longo da vida, conseguimos resolver as nossas dificuldades correntes porque não nos faltam meios físicos de satisfazer as nossas necessidades essenciais, porque temos a possibilidade de nos desenvolvermos socialmente, de sentir a presença e ajuda daqueles que nos são próximos, porque o sentimento profundo da nossa identidade pessoal e a nossa vinculação aos nossos valores não são ameaçados. Mas se as circunstâncias mudam e sentimos que as necessidades ligadas à nossa sobrevivência são ameaçadas, que o suporte das pessoas que amamos nos escapa, que a nossa identidade e a nossa dignidade são atingidas, que nos sentimos rejeitadas, que os nossos valores mais queridos e os nossos meios financeiros estão em perigo, nós sentimos um choque importante que pode desencadear uma crise.

De acordo com Phaneuf (2005, p.526) *“Uma situação de crise é um estado psicológico agudo que torna ineficazes os mecanismos habituais de adaptação da pessoa. Com efeito, quando esta se debate com um desequilíbrio entre a dificuldade de um problema e o reportório das suas capacidades interiores de maestria, pode desencadear-se uma crise, que provoca uma desorganização do comportamento”*. Caplan cit. por Freitas e Pelán (2000, p.29) acrescenta que se trata de um fenómeno de tempo limitado, com um resultado não predeterminado no início.

As teorias de resolução de crise assentam, essencialmente, na relação entre os mecanismos de adaptação enquanto reguladores psicológicos e o equilíbrio homeostático do organismo humano, que poderá ser colocado em risco por um evento precipitante (RNAO, 2006). Para que o equilíbrio se mantenha é necessário um funcionamento psicológico aceitável implicando níveis mínimos de ansiedade e de afectos negativos, compreensão da situação e a preservação dos mecanismos de resolução de problema para lhe conservar o controlo. Ao longo da vida, cada pessoa desenvolve um registo de meios eficazes de adaptação para fazer face aos acontecimentos correntes da vida, no entanto, estes esgotam-se em situações muito ansiogénicas. O desencadear da crise depende, assim, das capacidades de adaptação da pessoa, se estas são suficientes a pessoa sente uma frustração, um desgosto profundo ou um luto, mas se são insuficientes o choque transforma-se em crise.

Em grande parte das situações, *“não é tanto o próprio acontecimento que causa a crise, mas a interpretação que a pessoa faz dela ou a ameaça que pode representar, gerando um stress tão importante que a pessoa não encontra alívio. O efeito de instantaneidade e de urgência da crise confere-lhe também um carácter de gravidade muitas vezes insuportável. Se a pessoa não pode encontrar alternativa, aparece um desequilíbrio. Manifesta-se por sentimentos de angústia, de medo, de culpabilidade, de vergonha e de impotência. A pessoa*

torna-se desorganizada, o campo das suas percepções reduz-se ao ponto de se tornar paralisante, a sua capacidade de compreender, fixada na dificuldade sentida, encontra-se oculta e a pessoa torna-se incapaz de reconhecer os factos e a situação em que se encontra e de procurar uma solução para ela.” (Phaneuf, 2005, p. 526). Daqui, então, podemos retirar que uma crise é composta por uma situação ansiogénica de perigo ou perda, ameaça à vida ou ao que lhe permite uma continuação harmoniosa e uma incapacidade de resposta pelos meios apropriados.

Este estado de stress interno característico da crise não pode durar muito sem esgotar gravemente a resistência da pessoa e sem ameaçar a sua sobrevivência. A sua duração é limitada no tempo, de alguns dias a 6 semanas, habitualmente, sendo que neste período perturbado há um aumento de probabilidade de vulnerabilidade física e psicológica da pessoa, o que exige intervenções particulares (Phaneuf, 2005; Seminotti et al, 2006). Por intervenção em crise entende-se, a actuação no momento exacto em que o indivíduo vivencia um estado temporário de perturbação e desordem, tendo como principais características a incapacidade de enfrentar determinada situação utilizando os métodos de resolução de problemas habituais (Seminotti et al, 2006).

De acordo com Caplan (cit por Phaneuf, 2005), podem ser identificadas diversas fases de resposta da crise, independentemente de se tratar de uma crise maturacional ou situacional, sendo estas: a fase de impacto, a fase de subida de ansiedade, a fase de ansiedade máxima e a fase de desorganização.

Fase de impacto – Regista-se uma subida inicial de tensão que se segue ao acontecimento traumatizante desencadeante. A pessoa tenta responder com os seus mecanismos habituais de adaptação e de resolução de problema para aliviar o stress. Sendo que esta é a fase em que habitualmente intervimos no contexto pré-hospitalar.

Fase de subida de ansiedade – Pouco tempo após o impacto do acontecimento, os mecanismos de adaptação e de resolução de problema estão esgotados e a tensão inicial continua a subir. Os hábitos de vida da pessoa estão perturbados.

Fase de ansiedade máxima – Considerando que a pessoa tenta em vão resolver a crise, o seu nível de ansiedade e de stress torna-se extremamente elevado, não conseguindo encontrar alívio e sem apoio exterior, pode culminar numa depressão. É, então, necessária ajuda para reduzir o seu stress.

Fase de desorganização – Quando a força já não basta, sobretudo se o suporte dos que a rodeiam lhe vem a faltar, a tensão e a ansiedade elevam-se a um nível intolerável. A pessoa não é capaz de viver muito tempo num tal estado de tensão.

De acordo com Phaneuf (2005, p. 312), são objectivos da intervenção em crise “*ajudar a pessoa a sentir-se em segurança, escutada e compreendida; perceber que não está só e*

sentir a nossa vontade de a ajudar; realizar as intervenções que lhe permitirão readquirir funções fisiológicas normais: ritmo respiratório, tensão arterial, sistema digestivo, sono, etc.; chegar a uma interpretação correcta da sua situação; chegar progressivamente a mais realismo depois de uma fase de denegação que lhe permitiu encontrar um pouco de força e de se sentir tranquilizada; conservar a sua percepção correcta da realidade; exprimir os seus sentimentos de receio, de angústia, de medo, de cólera e de desencorajamento; compreender que lhe é permitido chorar ou estar em cólera numa situação parecida; encontrar os seus mecanismos de funcionamento e modificar alguns dos seus comportamentos; encontrar opções ao seu modo de funcionamento actual; encontrar apoio voltando-se para os amigos, familiares ou pessoas de confiança”.

Obviamente que nem todos os objectivos se podem aplicar à intervenção de enfermagem no contexto pré-hospitalar dada a limitação do contacto no que concerne à sua duração, no entanto parecem-me aplicáveis os objectivos relacionados com a manutenção das funções vitais, a facilitação da expressão de sentimentos e a orientação precoce para a realidade.

RESOLUÇÃO DA CRISE

Uma crise pode ter variadíssimos desfechos, tendo em conta os factores que estão na sua origem e o acompanhamento que o cliente dos cuidados recebe.

A pessoa pode reencontrar o seu estado anterior de equilíbrio, se os seus mecanismos de defesa conseguiram vencer ou se ela foi ajudada de maneira apropriada, mas isso não significa que a crise tenha sido para ela uma ocasião de crescimento.

Por outro lado, a pessoa pode utilizar a crise como meio de crescimento e sair dela mais forte, não encontrando necessariamente o seu estado anterior, mas aprendendo com esta experiência novos meios de adaptação e descobrindo nela forças insuspeitáveis. Disso resulta que a pessoa é menos vulnerável a crises subsequentes.

A pessoa pode, ainda, deslizar na perturbação psicológica se não receber a ajuda de uma pessoa com competência para a apoiar, ela é incapaz de reduzir a tensão intolerável da crise (Caplan e Jacobson cit por Freitas e Pelán, 2000). Pode mostrar-se desconfiada, censurar os outros pelo que lhe acontece, continuar fechada sobre ela própria, tornar-se depressiva ou mesmo afundar-se em perturbações psiquiátricas sérias compreendendo distorções perceptuais importantes, ideias suicidas ou comportamentos violentos (Seminotti et al, 2006). Algumas preferem escolher acalmar a sua tensão diluindo-a no álcool, nos medicamentos ou na droga. Nestes casos, os problemas subjacentes ficaram sem solução e podem ser reactivados, tendo aprendido meios inapropriados de adaptação, a pessoa é fragilizada pela crise que pode reproduzir-se.

As pessoas em crise são pessoas normais à partida, fazem parte de um contexto social que não se pode ignorar, desejam ajudar-se a elas próprias e são capazes de o fazer, ainda que as suas capacidades estejam momentaneamente diminuídas.

A intervenção em situação de crise, qualquer que seja a sua natureza, é uma acção de urgência que não pode esperar sem colocar o risco de complicações sérias. É também necessário que os profissionais do pré-hospitalar ou do serviço de urgência possam agir desde que a condição física estabilizada o permita. A pessoa em estado de stress tem necessidade do suporte imediato de alguém que compreenda o aspecto crítico do seu estado (Phaneuf, 2005).

A reacção a uma situação penosa que desencadeia uma crise é um acontecimento fortuito que pode afectar uma pessoa com um funcionamento anterior normal. É, por isso, importante considerá-la como uma pessoa sã, momentaneamente incapaz de fazer face a um stress que ultrapassa as suas capacidades habituais de adaptação, e não como uma pessoa doente ou desorientada.

A intervenção em situação de crise decorre à partida do suporte psicológico e não da intervenção psiquiátrica ainda que certos comportamentos pareçam fortemente perturbados. A intervenção tem que ser dirigida ao aqui e agora, centrada no apoio emotivo, na empatia e na protecção da pessoa, mais do que ao aprofundamento dos problemas.

A pessoa em stress sente muitas vezes dificuldade em exprimir o seu estado de perturbação. Desorganizado no plano cognitivo, é incapaz de ter uma visão global da situação, sendo absorvido pelas suas emoções; a sua atenção fixa-se unicamente nos detalhes mais ansiogénicos que podem não nos fornecer uma visão sintética e clara dos factos.

Outras medidas importantes a sublinhar são: tranquilizar a pessoa por uma presença frequente, falar-lhe de uma maneira doce e devagar e utilizar o tocar intencional para lhe tomar a mão ou lhe tocar o braço depois de lhe ter pedido permissão a fim de não a assustar. É preciso igualmente gerir o ambiente em torno dela (tornando-o calmo e seguro, suavizando as luzes e limitando os ruídos e os vaivéns), porque qualquer estímulo muito intenso pode tornar-se agressivo. Se a pessoa faz hiperventilação, pode-se utilizar a sincronização, isto é, respirar ao mesmo ritmo do que ela no início, depois diminuir a nossa própria respiração e pedir-lhe para respirar ao mesmo ritmo que nós.

A intervenção em situação de crise sai das terapias breves, mas deve ser iniciada o mais precocemente possível, inclusivamente na fase pré-hospitalar. Deve colocar, ainda, a tónica na compreensão da pessoa e na acção. Os seus objectivos são a curto termo e muitas vezes bastante restritos dado que visam o alívio imediato do mal-estar agudo, compreendendo, de acordo com Phaneuf (2005) e Robert (1991) 7 fases (Tabela 1). As pessoas podem inicialmente pensar que não têm alternativa e serem absorvidas pelos elevados níveis de stress precipitados pela crise. A crise provocará vieses cognitivos negativos, inevitavelmente, o

enfermeiro poderá detectar esses erros cognitivos através da exploração das declarações da pessoa (Calvert e Palmer, 2003).

Tabela 1 – Modelo de Intervenção em Crise

Fase	Descrição
Fase 1	Avaliação do estado da pessoa em crise
Fase 2	Criação de um clima de confiança
Fase 3	Relatório legal
Fase 4	Conhecimento da situação problemática: <ul style="list-style-type: none">a. Conhecimento do agente desencadeadorb. Identificação das principais dificuldadesc. Estabelecimento das prioridades de acçãod. Balanço dos recursos da pessoae. Procura de cenários alternativos
Fase 5	Objectivos e planificação da intervenção
Fase 6	Aplicação das intervenções
Fase 7	Avaliação da intervenção de resolução de crise e dos seus resultados

Adaptado de: Phaneuf (2005)

É óbvia a conclusão de que nem todas as fases são aplicáveis ao ambiente pré-hospitalar, pelo que serão apenas abordadas aquelas que fazem sentido neste contexto.

Fase 1. Avaliação da pessoa em estado de crise

Trata-se do processo que se instala muito cedo após o acontecimento traumatizante, comporta várias etapas de ajuda, sendo que a primeira é a avaliação da gravidade do seu estado, a fim de lhe prestar os cuidados urgentes necessários. As etapas um e dois são de facto quase inseparáveis. É preciso, assim, recolher dados sobre as circunstâncias que causaram a crise; pesquisar indícios que permitam, se for caso disso, colocar o problema inicial em evidência; questionar a pessoa se ela pode responder e os que a rodeiam para compreender o que se passou; identificar os factores que precipitaram a crise; observar a pessoa e as suas reacções; esforçar-se para identificar os sentimentos de vergonha e de culpabilidade que poderão habitar a pessoa e levá-la a fazer gestos violentos de suicídio ou de vingança; colocar questões para compreender a maneira como este acontecimento encerra o risco de perturbar a sua vida (Pode voltar a sua casa, ocupar-se dela própria, da sua família, pode trabalhar, prosseguir os seus estudos?); apreciar o nível de ansiedade e o risco de suicídio ou de violência (a pessoa em crise perde muitas vezes o autocontrolo, pode facilmente crer que alguém a ataca, que é preciso defender-se e querer passar ao acto. Se há indícios de

risco de suicídio ou homicídio, devem ser-lhe colocadas questões directas e precisas sobre este assunto).

“Para esta entrevista, é particularmente necessário, sobretudo no início, que o enfermeiro fique o mais possível centrado na pessoa e nas suas emoções. Esta deve sentir-se escutada e entendida. Por exemplo, a seguir à narração da situação traumática, o enfermeiro pode responder-lhe: “Deve ter tido um medo terrível!”, “Colocando-me no seu lugar, como isso deve ter sido difícil de suportar”, ou ainda “Com o que sofreu, não é de admirar que esteja num tal estado de stress” (Phaneuf, 2005, p. 531).

Fase 2. Criação de um clima de confiança

A importância dos primeiros momentos de contacto é crucial, sendo ainda maior nas situações em que a pessoa está em estado de choque. Sendo dado que a situação é urgente e que a intervenção deve ser de curta duração, é importante criar rapidamente um clima terapêutico favorável. Para colocar a pessoa em confiança e estabelecer uma aliança terapêutica com ela é preciso:

- ⊕ Acolhê-la com elevada qualidade, de forma a permitir ao enfermeiro o ganho da confiança da pessoa (que muitas vezes está dominada pelo medo ou mesmo pelas dores físicas secundárias de uma agressão);

- ⊕ Tranquilizá-la, falar-lhe suavemente, tocá-la com compaixão e exprimir-lhe uma compreensão empática (impõe-se o respeito pela dignidade da pessoa, quer isto se refira ao respeito do seu silêncio, do seu ritmo de palavra, da sua recusa em falar ou dos seus sentimentos de vingança);

- ⊕ Ter em conta as emoções partilhadas e explorar as silenciosas (as pessoas em crise são por vezes incapazes de exprimir os seus sentimentos e emoções como raiva, rancor, desejo de vingança, vergonha, angústica, uma reacção de apatia é também uma reacção pós traumática grave);

- ⊕ Avaliar qual o impacto do estado de saúde prévio na crise actual (qual o contexto em que a pessoa se inseria? Era desempregada? Encontrava-se deprimida? Existe a necessidade de entendermos os antecedentes da crise a fim de podermos perceber a situação analisarmos os seus resultados à luz da busca da resolução da crise imediata (Freitas e Pelán, 2000);

- ⊕ Adaptar-se às dificuldades de adaptação inerentes ao estado de crise (é necessário ressaltar que a pessoa em crise experencia um sem número de entraves à comunicação como por exemplo: estado de ansiedade; emoções intensas; sobrecarga de estímulos; dificuldades de concentração e memória; deformação das percepções; dificuldade em tratar a informação e perda da capacidade de resolução de problemas; confusão).

Em suma, na fase aguda da crise há que tomar precauções de vigilância e estratégias específicas de comunicação, dado o elevado nível de ansiedade da pessoa. Devemos tranquilizar a pessoa assegurando-lhe que estamos lá para a ajudar e proteger, aproximarmo-nos dela docemente, tocá-la para atrair a sua atenção (se isso não a amedronta), promover o seu conforto e falar-lhe de forma simples e clara, com questões fechadas e precisas dada a limitação da capacidade de compreensão induzida pelo stress.

Fase 3. Relatório legal

Tendo em conta o nosso enquadramento ético-legal esta fase não se aplica à nossa intervenção nos moldes em que é descrita pelos autores. Importa, no entanto, capacitarmos as pessoas de modo a que estas saibam quais os procedimentos legais existentes e apoiá-las nas suas decisões.

Fase 4. Conhecimento da situação problemática

É necessário compreender bem o problema que desencadeia a crise para que seja possível intervir e minorar as dificuldades e os níveis de ansiedade, sem com isso fatigar demasiadamente a pessoa.

O conhecimento do agente desencadeador é fulcral para levar uma intervenção a cabo, sendo que a mesma deverá ser baseada na situação presente. No entanto, *“é necessário compreender o que se passou imediatamente antes ou pouco tempo antes do acontecimento trágico (...) que género de conversação tinha havido antes do desencadeamento da violência do marido? Qual era o assunto? A pessoa conhecia o agressor? Quais eram as suas relações com ele? É também necessário precisar com exactidão o momento e o local da agressão.”* (Phaneuf, 2005, p.533). Devemos circunscrever-nos aos aspectos directamente relacionados com a situação de crise não só por uma questão de tempo, mas sobretudo pela eficácia.

De seguida, deverão ser identificadas as principais dificuldades vividas pela vítima do acontecimento traumatizante, identificando os principais diagnósticos de necessidades, tais como: ansiedade, medo, auto-estima diminuída e etc.

Após isto poderão ser estabelecidas prioridades de acção, de modo a que se responda imediatamente às necessidades mais prementes, que poderão passar por: dificuldades que ameaçam a vida e segurança, tais como a ansiedade, o pânico, lesões graves e ideias suicidas; dificuldades decorrentes de um desequilíbrio homeostático tal como a dor, a falta de sono, a agitação e dificuldades que geram sentimentos negativos tais como a depressão, o sentimento de culpa e vontade de vingança.

O enfermeiro deverá então proceder à avaliação dos recursos da pessoa para a poder ajudar a tomar consciência dos mesmos e recrutá-los de forma eficaz. Para que tal seja possível é necessário explorar os meios que dão sentido à vida da pessoa (de forma a poder utilizá-los como motivação); os mecanismos de competência aos quais esta pessoa pode recorrer (qual é o seu mecanismo de adaptação habitual, se há comportamentos de dependência associados, se tem capacidade de se inspirar numa experiência positiva anterior); a confiança da pessoa nos seus meios (quanto menor for a auto-estima da pessoa, maior o risco de crise e a necessidade de encontrar alguém que lhe reenvie uma imagem positiva); a forma de gerir as dificuldades (se tem tendência à fuga, ao ataque ou qual a abordagem mais frequente às situações de crise); os mecanismos redutores de tensão (como diminui a ansiedade habitualmente, se por choro, gritos, agitação, isolamento, religião, comendo, etc.); o suporte que possui (um insuficiente suporte dos que a rodeiam pode traduzir-se num grave desequilíbrio) e os recursos materiais (que possui para fazer face às dificuldades).

Para finalizar esta etapa, há que iniciar a busca de cenários alternativos para alívio da angústia, fazendo tentar emergir as alternativas da própria pessoa tendo como objectivo que estas correspondam às expectativas e valores desta. No entanto, a crise instalada pode bloquear a capacidade da pessoa traçar novos rumos, cabe então ao enfermeiro intervir apresentando-lhe um leque de possibilidades e capacitando a pessoa a decidir.

Fase 5. Os objectivos e a planificação da intervenção

O planeamento dos cuidados deve ser ajustado às necessidades da pessoa. É necessário considerar as significações acerca da percepção da pessoa sobre o acontecimento traumatizante, o sentido desta crise para ela e forma como poderá afectar o seu futuro.

De acordo com Morley et al cit. por Phaneuf (2005) são seis os principais objectivos da acção:

- ⊕ Ajudar a pessoa a adquirir uma compreensão intelectual da crise
- ⊕ Ajudá-la a ter consciência dos sentimentos actuais
- ⊕ Estimular os seus mecanismos de desempenho
- ⊕ Facilitar a reabertura ao mundo social
- ⊕ Facilitar a mobilização dos recursos pessoais
- ⊕ Ajudar a reencontrar a auto-estima e a autoconfiança.

Tendo por base estes objectivos, há que proceder ao estabelecimento do plano de acção, para que tal seja possível, o enfermeiro deve questionar sobre quais os alvos da sua intervenção e quais os meios a utilizar para a sua consecução.

As estratégias utilizadas para tranquilizar, fazer exprimir ou motivar a pessoa em situação de crise passam pelo favorecimento da abertura aos outros, o retomar contacto com o

mundo exterior e com a sua vida habitual e, no caso de uma pessoa agredida, considerar medidas de protecção.

Fase 6. A aplicação das intervenções

A intervenção desenrola-se num clima de compreensão empática e de respeito. As habilidades de estabelecimento da relação de ajuda constituem uma mais valia preciosa para fornecer suporte à pessoa, para reforçar os seus mecanismos de adaptação eficazes e ajudá-la a reencontrar o seu equilíbrio.

Fase 7. Avaliação da intervenção de resolução de crise e os seus resultados

Após a implementação das intervenções é necessário avaliá-las e verificar se foram obtidos os ganhos em saúde pretendidos. Nem sempre é possível fazê-lo a longo prazo, mas podem ser analisados os resultados imediatos como o alívio da ansiedade, a diminuição do medo, a vontade expressa de sair da crise, etc.

4. PARALELISMO DA TEORIA COM O CASO VIVENCIADO

Defendendo que é a reflexão sobre a prática que maior contributo nos traz, quer para o desenvolvimento profissional quer para o desenvolvimento pessoal, a interligação da breve abordagem teórica efectuada com um caso vivenciado em contexto de estágio parece-me fazer todo o sentido. Para tal será brevemente contextualizada a situação e percorridas as fases de intervenção em crise anteriormente abordadas e cuja implementação prática foi possível tendo em conta a limitação temporal do contacto no ambiente pré-hospitalar.

Trata-se do caso já referido em que um homem de 43 anos de idade solicitou ajuda através do SIEM, após ter sido, segundo ele, agredido pela mãe e pelo irmão. À chegada ao local a equipa deparou-se com a primeira dificuldade, a ambulância era demasiadamente grande para que conseguíssemos passar até à morada em questão, pelo que tivemos que abandonar o meio e seguir a pé carregando o material de abordagem. Caminhámos cerca de 500 m, desconhecendo, ainda, se se encontravam no local os agressores e sem apoio de autoridade no local. Quando finalmente chegamos junto à vítima a mesma encontrava-se sozinha, de pé e chorando compulsivamente.

Abordagem da Vítima em Situação de Crise

Fase	Descrição da Intervenção
Fase 1	<p>Avaliação do estado da pessoa em crise:</p> <p>Efectuamos o protocolo de abordagem da vítima de trauma. Descrevendo a situação sumariamente, tentamos perceber a cinemática de trauma questionando quanto ao método de agressão (foi agredido por contacto físico com “murros, pontapés e empurrões” (sic)), tendo sido descartada a necessidade de imobilização. A vítima apresentava uma escoriação na região frontal e referia dor na grade costal esquerda posterior apresentando uma escoriação na mesma. Não apresentava outras alterações de relevo no que concerne a uma necessidade de cuidados emergentes do ponto de vista físico.</p> <p>Descartado o risco de vida e a necessidade de outros cuidados, concentramo-nos nos factores relacionados com a crise, tentando inicialmente perceber quais os factores que estiveram na origem da mesma, a vítima referia que tinha sido agredida, mas que não havia nenhum motivo associado, não houvera nenhuma discussão e que tinha sido a primeira vez que tal acontecera. Encontrava-se extremamente ansioso e manifestava não saber o que fazer a seguir, até porque vivia com os agressores e tinha medo em relação ao que o futuro lhe reservava. A equipa tentou tranquilizá-lo utilizando frases como “Imagino que deve ter sido muito difícil de suportar, colocando-me no seu lugar”.</p>

Fase 2	<p style="text-align: center;">Criação de um clima de confiança</p> <p>Tentamos acolhê-lo com toda a qualidade possível, falando com ele de forma tranquila, falando-lhe suavemente e exprimindo a disponibilidade para o ouvir e para tentar ajudá-lo. Respeitamos os seus silêncios sempre que adequado e permiti-mos que falasse de acordo com o seu ritmo.</p> <p>Começamos a tentar explorar as suas emoções, o que de facto tinha acontecido, mas a vítima continuava a referir que não sabia o porquê de toda esta situação.</p> <p>Passamos então a tentar explorar o contexto em que se inseria para tentar avaliar outras dificuldades associadas. Foi, então que nos explicou que era desempregado, vivia exclusivamente com os agressores e que não tinha qualquer outro suporte nem familiar, nem de outro tipo. Para além disso sofria de Hepatite C e de patologia psiquiátrica que não sabia especificar. Apercebemo-nos de que tinha algum défice cognitivo desde início, mas sem fontes de informação credíveis era quase impossível avaliar com menor vies esta situação, até porque para além dos antecedentes tinham de ser tidos em conta a sobrecarga de estímulos e os erros perceptivos causados pela situação de crise.</p>
Fase 3	<p style="text-align: center;">Relatório Legal</p> <p>A vítima questionou-nos por diversas vezes se a nossa assistência significava que automaticamente teria de apresentar queixa à autoridade, ao que lhe explicamos que estávamos obrigados ao sigilo profissional e que seria decisão dele apresentar ou não queixa e que o poderia decidir posteriormente.</p>
Fase 4	<p style="text-align: center;">Conhecimento da Situação Problemática</p> <p>O conhecimento do agente desencadeador foi algo que tentamos obter desde o início embora só tenhamos conseguido perceber quem eram os agressores e qual a sua relação com eles, sendo que a vítima nos disse que por diversas vezes mãe e irmão discutiram com ele, mas que nunca tinha existido violência física. Os assuntos de discussão não nos foram revelados.</p> <p>Percebemos que as necessidades imediatas dele passavam pela diminuição da ansiedade que foi conseguida pelo estabelecimento de relação terapêutica, pelo diálogo calmo e técnica de sincronização da ventilação.</p> <p>O tempo que dispusemos não foi suficiente para perceber quais os mecanismos de adaptação habitualmente usados pela pessoa, nem para perceber a que outros recursos poderia ter acesso.</p>

Não foi possível prosseguir com o restante processo de intervenção em crise, não tendo havido lugar à criação de cenários alternativos de modo a capacitar a decisão da pessoa, devido à limitação temporal do contacto.

À chegada ao hospital foi passada a informação que dispunhamos à colega da triagem, tendo sugerido o contacto com a assistente social do hospital.

5. CONCLUSÃO

A realização deste trabalho permitiu-me reflectir acerca da importância e do impacto da capacidade comunicacional do enfermeiro na assistência às pessoas em situação de crise. Para além disso, fez-me reflectir acerca da minha postura e dos estereótipos criados anteriormente (em contexto profissional) e que influenciavam a minha actuação, tendo contribuído para o meu desenvolvimento não só enquanto profissional, mas também enquanto pessoa.

A minha intervenção enquanto enfermeira tem visado de forma muito mais preponderante a componente relacional, facto do qual não só eu tomei consciência, mas também os colegas de equipa.

A partilha de evidência científica e experiências decorrentes do modelo de intervenção em crise com os vários colegas traduziu-se no enriquecimento profissional de todos, contribuindo para a melhoria da qualidade de cuidados prestados e consequente humanização dos mesmos.

O modelo de intervenção em crise com as 7 fases propostas não pode ser completamente colocado em prática no ambiente pré-hospitalar, no entanto, é necessário que os seus profissionais iniciem o mais precocemente possível a avaliação do estado da pessoa em crise, a criação de um clima de confiança e o conhecimento da situação problemática pelo menos, sendo que a aplicação das fases restantes dependerá da situação e da duração do contacto.

No que concerne à intervenção em crise no ambiente pré-hospitalar há a destacar algumas especificidades, nomeadamente: os riscos inerentes (por exemplo intervenção quando ainda se encontram agressores no local); a limitação temporal do contacto (que faz com que se descontinuem os cuidados e que não tenhamos feedback da evolução dos doentes, limitando também a nossa aprendizagem); a escassa formação acerca dos procedimentos éticolegais diminuem a nossa capacidade de esclarecimento das vítimas.

Por tudo isto penso ter dado resposta aos objectivos a que me propus, bem como ter desenvolvido conhecimentos acerca de uma área chave da enfermagem médico-cirúrgica.

REFERÊNCIAS

CALVERT, Patricia; PALMER, Christine. 2003. *Application of the cognitive therapy model to initial crisis assessment*. International Journal of Mental Health Nursing. [On line], 12 (1): 30-38. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14685957>. [22 de Dezembro de 2010].

CORCORAN, Jacqueline; ALLEN, Shanon. 2005. *The effects of a Police/Victim Assistance Crisis Team Approach to Domestic Violence*. Journal of Family Violence. [On line], 20 (1): 39-45. Disponível em: <http://www.ncjrs.gov/App/publications/Abstract.aspx?id=209694>. [3 de Janeiro de 2011].

FREITAS, M.; PELÁ, N. 2000. *Subsídios para a compreensão da sexualidade do parceiro do sujeito portador de colostomia definitiva*. Revista Latino-Americana de Enfermagem - Ribeirão Preto. [On line], 8(5): 28-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n5/12364.pdf>. [3 de Janeiro de 2011].

PHANEUF, Margot. 2005. *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lusociência. 668 pps.

REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO. 2006. *Crisis intervention supplement*. Nursing Best Practice Guideline. Disponível em: http://www.rnao.org/Storage/15/934_BPG_Crisis_Supplement.pdf. [Consultado em: 20 de Dezembro de 2010].

ROBERTS, A. R. 1991. *Contemporary Perspectives on Crisis Intervention and Prevention*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, New Jersey. 278 pps.

SEMINOTTI, Elisa; PARANHOS, Mariana; THIERS, Valéria. 2006. *Intervenção em Crise e Suicídio: Análise de Artigos Indexados*. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0297.pdf>. [Consultado em: 28-12-2010].

**Anexo 8 – “Planeamento da Formação em Serviço –
SIV Amarante 2011”**

A – Questionário de Necessidades Formativas / Situações Problema SIV Amarante

B – Diapositivos da Apresentação dos Resultados Obtidos

C – Plano de Formação em Serviço SIV Amarante 2011

A – Questionário de Necessidades Formativas / Situações Problema – SIV
Amarante

Necessidades Formativas dos Profissionais SIV Amarante

Este questionário tem como objectivo o levantamento das necessidades formativas da equipa SIV Amarante, com vista à elaboração do Plano de Formação de 2011, pela que a sua participação é da maior importância.

O questionário deverá ser entregue até ao próximo dia 3 de Janeiro, à Enf.ª Daniela Silva.

1. **Idade** _____
2. **Sexo** _____
3. **Indique o tempo de experiência profissional no serviço** (Em anos).

4. **Indique experiência profissional anterior** (Tempo em anos / Serviço).

5. **Indique três temas que gostaria de ver abordado na Formação em Serviço.**
(Por ordem de interesse)

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

6. **Gostaria de participar na Formação em Serviço em 2011 como formador(a)?**

Se sim, sugira alguns temas que gostaria de abordar (Até ao máximo de 3 por ordem de preferência)

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

7. Possui formação pós-graduada em Urgência / Emergência. _____
Enumere as que considera essenciais para a melhoria dos cuidados prestados em contexto SIV:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

8. Identifique situações – problema vivenciadas na prática profissional que condicionem a qualidade dos cuidados prestados.

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

9. Indique sugestões para diferentes tipos de formação no sentido da mesma ser o mais dinâmica possível.

10. Na área temática da intervenção em situações de exceção indique quais as especificidades que gostaria de ver abordadas na formação (por exemplo: triagem multivítimas, etc.)

Obrigada pela sua colaboração!

Daniela Silva


B – Diapositivos de Apresentação dos Resultados Obtidos



Necessidade Formativas SIV Amarante

Enf.ª Daniela Silva


Graduada em Enfermagem
Com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



População

- N.º de Elementos da Equipa SIV – 10
 - 4 Enfermeiros
 - 6 TAE's
- Não aplicado a:
 - Enf.ª Responsável da base


2



Distribuição dos Questionários

- N.º de Questionários Entregues – 9
- N.º de Questionários Respondidos – 8
- Percentagem de Respostas – 89%


3



Colheita de Dados

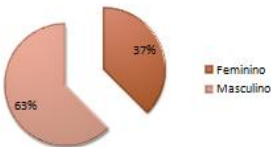
- Entrega dos questionários – 17-12-2010
- Data limite – 03-01-2011

4




Caracterização

Distribuição de Elementos por Sexo

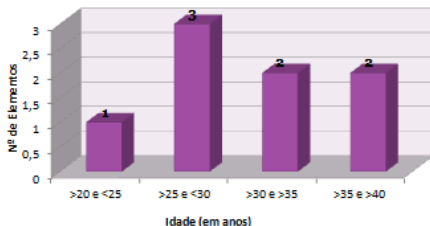


5

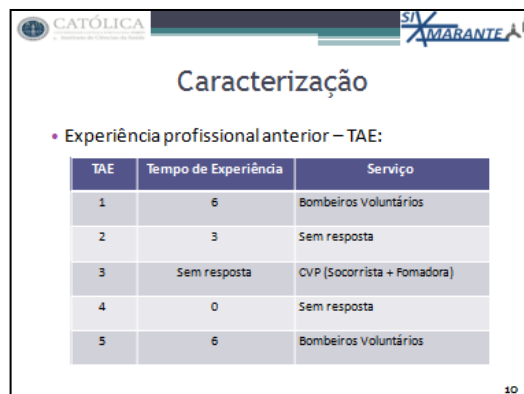
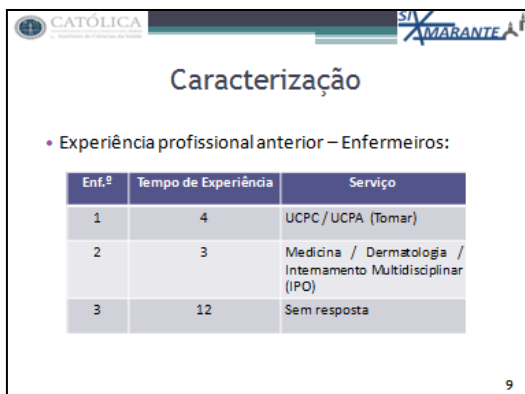
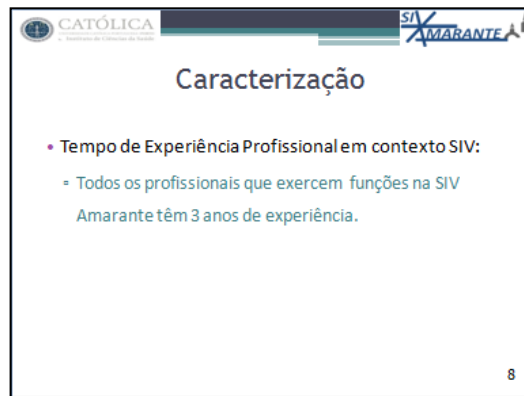
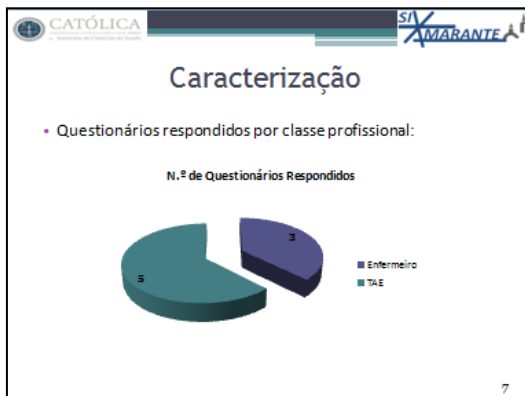


Caracterização

Distribuição de Elementos por faixa etária



6



Formação Pós - Graduada

- Os 8 profissionais responderam não ter qualquer formação pós - graduada, no entanto consideram importante:

FORMAÇÃO PG IMPORTANTE	N.º RESPOSTAS
Pós - Graduação em Cuidados Intensivos	2
Pós - Graduação em enfermagem Pré - Hospitalar	2
Mestrado em Catástrofe	1
Gestão de Conflitos e Situações de Stress	1
Formação Contexto SIV	1
SAV	1
PHTLS	2
Pós - Graduação em Emergência	1

13

Situações Problema - SIV Amarante -

14

Situações Problema

Situações Problema	N.º Respostas
Orientação geográfica incorrecta pelo CODU	4
Articulação entre diversas entidades do pré e intra - hospitalar	2
Exposição a condições e ambientes hostis	2
Transmissão de dados (tempo de atendimento e referência)	1
Não funcionamento de aparelhos informáticos	1
Registos não adaptados ao contexto SIV	1
Confusão local em situações mais urgentes	1
Distâncias excessivas de chegada ao local	1

15

Situações Problema

Situações Problema	N.º Respostas
Demora do meio	1
Ambulância pouco adaptada as características do terreno	1
Falta de acessos	1
RDV em ambulâncias dos bombeiros sem espaço	1
Interação ineficaz com outros meios	1
Falta de conhecimento para interpretação de ECG	1
Falta de gps	1
Distância da base à ambulância	1
Falta de condições da base	1

16



Sugestões para a Formação

17

Sugestões para Formação Dinâmica

Sugestões Formação dinâmica	N.º Respostas
Simulacros envolvendo outras entidades	5
Formação em Resgate	1
Formação em Trauma Avançado	1
Formação Básica de Desembarcamento	1
Formação em situações de risco para a equipe	1
Formação teórico - prática	1
Abordagem de temas de acordo com necessidades do grupo	1
Formação interactiva com ambiente receptivo e esclarecimento de dúvidas	1
Formação NRBQ + PMA	1
Estágios intra - hospitalares	1
Convite de peritos nas áreas de formação a ministrar	1
Criação de um arquivo com bibliografia sobre áreas abordadas	1

18






Intervenção em Situações de Excepção

- Necessidades Formativas -

Necessidades Formativas	Situações de Excepção	N.º Respostas
Triagem multivítimas		4
Montagem/Funcionamento de PMA		3
Interação entre equipas multidisciplinares		3
Distribuição de tarefas		1
Comunicações rádio		1
Distribuição e colocação de meios		1
Abordagem pediátrica em situações de excepção		1
Identificação de vítima crítica		1
Referenciação hospitalar das vítimas		1
Competências no TO		1
Particularidades da VIC		1
Gestão de prioridades		1

19

• Obrigada pela Atenção!!!

20

C – Plano de Formação em Serviço – SIV Amarante 2011

PLANO DE FORMAÇÃO SIV AMARANTE 2011

Tema	Data / Local	Formadores
Intervenção em Situações de Exceção	26 de Fevereiro / B. V. Amarante / Túnel do Marão	Enf.º Sérgio Moreira / Enf.ª Daniela Silva / Drª Gabriela
Parto / Patologia na Grávida / PCR no neonato	Março / Biblioteca H. S. Gonçalo	Enf.ª Carla / Enf.ª Marlene
PCR na criança / OVA na criança	Abril / Biblioteca H. S. Gonçalo	A designar
Emergências Médicas em Pediatria	Maio / Biblioteca H. S. Gonçalo	A designar
Trauma Pediátrico	Junho / Biblioteca H. S. Gonçalo	A designar
Abordagem da vítima de Trauma / Técnicas de Trauma	Outubro / Biblioteca H. S. Gonçalo	A designar
Interpretação de ECG	Novembro / Biblioteca H. S. Gonçalo	A designar
Problemas Psiquiátricos / Suicídio	Dezembro / Biblioteca H. S. Gonçalo	A designar

Enf.ª Daniela Silva

Anexo 9 – “Triagem de Resíduos Hospitalares”

A – Poster “Resíduos Hospitalares Não Perigosos – Grupo I e II”

B – Poster “Resíduos Hospitalares de Risco Biológico – Grupo III”

C – Foto com Colocação de Posters na Ambulância

A – Poster “Resíduos Hospitalares Não Perigosos – Grupo I e II”

Grupo I e II

- **RESÍDUOS HOSPITALARES EQUIPARADOS A URBANOS E RESÍDUOS HOSPITALARES NÃO PERIGOSOS:**
 - Embalagens e invólucros comuns (papel e toalhetes das mãos, cartão, mangas mistas e outros de natureza idêntica)
 - Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas não contaminadas e sem vestígios de sangue;
 - Material de proteção individual utilizado nos serviços gerais e de apoio, com exceção do utilizado na recolha de resíduos;
 - Embalagens vazias de medicamentos ou de outros produtos de uso clínico / comum, com exceção dos incluídos nos Grupos III e IV;
 - Frascos de Soros não contaminados com sangue ou produtos do grupo IV.



Destino: Aterro Sanitário

B – Poster “ Resíduos Hospitalares de Risco Biológico – Grupo III”

Grupo III

- **Resíduos Hospitalares de Risco Biológico (contaminados ou suspeitos de contaminação)**
 - Sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos, com exceção dos do grupo IV;
 - Seringas resultantes da preparação e administração de medicação;
 - Sacos colectores de fluidos orgânicos e respectivos sistemas;
 - Material de penso contaminado (compressas, ligaduras, etc.) e material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas contaminadas ou com vestígios de sangue;
 - Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;
 - Material exteriorizado aos doentes (algalias, sondas, catéteres etc.);
 - Material de protecção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contacto com produtos contaminados (luvas, máscaras, aventais e outros).
 - **NOTA:** Os frascos de Paracetamol deverão ser colocados no vidro da Urgência.



Destino: Autoclavagem

C – Foto com colocação de Posters na Ambulância

TRIAGEM DE RESÍDUOS HOSPITALARES



Fig. I – Posters sobre separação de lixos aplicados na Ambulância SIV Amarante

Anexo 10 – Diapositivos da Sessão de Formação “Triagem em Situações de Excepção”

CATÓLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

SI AMARANTE

TRIAGEM EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO

Enf.ª Daniela Silva

Mestrado em Enfermagem
Com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

CATÓLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

SI AMARANTE

Triagem - Conceitos

Do termo Francês – “ Triage ” – escolher, classificar, seleccionar, acção de escolher, acção de separar...

Corresponde à avaliação médica das vítimas dependendo das suas necessidades e os recursos disponíveis

2

CATÓLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

SI AMARANTE

Triagem - Conceitos

- Originada a partir de contextos em que não era possível aplicar o nível de cuidados médicos standard, devido ao elevado número de vítimas e/ou falta de recursos disponíveis

3

CATÓLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

SI AMARANTE

Triagem - Conceitos

- Desenvolvimento exponencial em cenários de Guerra:
 - Barão Dominique Jean Larrey – cirurgião militar exército Napoleónico
 - I Guerra Mundial – critérios para utilização de ambulâncias motorizadas na evacuação dos feridos mais graves para as linhas atrasadas
 - II Guerra Mundial – processo para identificar aqueles, que após intervenção médica tinham maiores probabilidades de voltar para o campo de batalha
 - Guerras da Coreia e Vietname – objectivo de conseguir “ o máximo de benefício para o maior número de homens feridos ”

4

CATÓLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

SI AMARANTE

Triagem - Conceitos

Trata-se de fazer o melhor pelo maior número de vítimas!!!

5

CATÓLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

SI AMARANTE

Triagem

- O objectivo é dirigir os recursos de forma a otimizar o cuidado das vítimas com maior possibilidade de sobrevivência de acordo com o nível de cuidados possível.
- Distinguem-se entre as vítimas, os que sobreviverão com o mínimo de cuidados, daqueles que não o conseguirão mesmo com o nível máximo.

6

Triagem START - Prioridades

Morto

- Vítima com reduzida probabilidade de sobrevivência, dada a gravidade das lesões e o nível de cuidados disponível.

Prioridade 1

- Vítima pode sobreviver com intervenção imediata e rápido transporte.
- Requer assistência dentro de minutos (até 60 no máx.)
- Inclui vítimas com compromisso da Via Aérea, Ventilação e Circulação

13

Triagem START - Prioridades

Prioridade 2

- O transporte da vítima pode ser atrasado.
- Inclui lesões graves e potencialmente letais, mas o estado da vítima não se deteriorará, provavelmente, nas horas seguintes.

Prioridade 3

- Vítima com lesões *minor*
- Estado com deterioração improvável nos próximos dias.
- Pode ser capaz de se cuidar: "Ferido que anda"

14

Triagem START

Utilização de etiquetas:

15

Triagem Primária de Crianças

50 - 80 cm ou 3 - 10 Kg

```

graph TD
    Start[Início - 5 segundos  
Verificar a vítima] --> Resp[Respira]
    Resp --> AVA[Abertura da Via aérea]
    AVA --> Resp
    Resp --> FV[Frequência Ventilaria]
    FV --> FV_25_50["< 20 ou > 50"]
    FV_25_50 --> P3[Prioridade 3]
    FV_25_50 --> P2[Prioridade 2]
    P2 --> PC["Pressão capilar < 60 segundos"]
    PC --> P2
    PC --> FP[Frequência Pulso]
    FP --> FP_90_100["90 ou > 100/min"]
    FP_90_100 --> P3
    FP_90_100 --> P2
    Resp --> M[Morto]
    
```

16

Triagem Primária de Crianças

80 - 100 cm ou 11 - 18 Kg

```

graph TD
    Start[Início a 5 segundos  
Verificar a vítima] --> Resp[Respira]
    Resp --> AVA[Abertura da Via aérea]
    AVA --> Resp
    Resp --> FV[Frequência Ventilaria]
    FV --> FV_15_40["< 15 ou > 40"]
    FV_15_40 --> P3[Prioridade 3]
    FV_15_40 --> P2[Prioridade 2]
    P2 --> PC["Pressão capilar < 60 segundos"]
    PC --> P2
    PC --> FP[Frequência Pulso]
    FP --> FP_90_100["90 ou > 100/min"]
    FP_90_100 --> P3
    FP_90_100 --> P2
    Resp --> M[Morto]
    
```

17

Triagem Secundária

ESCALA DE COMA GLASSOW

Abertura Olhos

4	Espontânea
3	A estímulos verbais
2	A dor
1	Nenhuma

Resposta Verbal

5	Orientado
4	Confuso
3	Discursos inapropriados
2	Discursos incompreensíveis
1	Nenhuma

Resposta Motora

6	Obedece a comandos
5	Localiza
4	Flage 2 dor
3	Flexão e dor
2	Extensão a dor
1	Nenhuma

TRIAGE REVISED TRAUMA SCORE

Portuguesa da Triage Revised Trauma Score (TRTS) com a Propriedade da Triage Ant. Estabiliza e do Escala de Coma e Glasgow, codificadas de 0 a 4, para se obter uma pontuação TRTS de 0 a 12.

ESCALA COMA GLASSOW TOTAL	12 - 15	4
12 - 15	4	
9 - 12	3	
6 - 9	2	
3 - 6	1	
0 - 3	0	

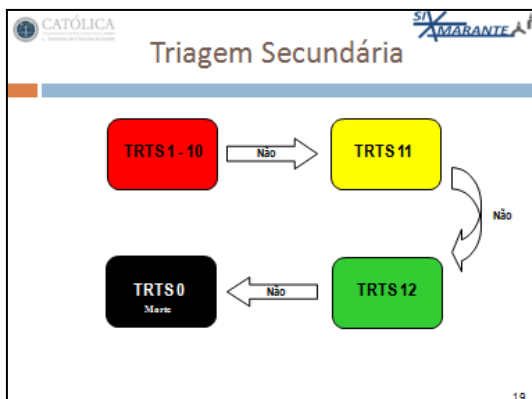
Frequência	10 - 29	4
10 - 29	4	
6 - 9	3	
3 - 5	2	
1 - 2	1	
0	0	

TA Sistólica	90	4
90	4	
76 - 89	3	
50 - 75	2	
1 - 49	1	
0	0	

Resultado da ECG (G+V+V) = 3 a 15

Resultado da TRTS (FR+TA+BGS) = 0 a 12

18



- Triagem – Uso de Etiquetas**
- VANTAGENS:
- Controle da assistência das vítimas impedindo a duplicação de esforços
 - Permite estabelecer um fluxo ordenado de vítimas
 - Controle da cadeia de evacuação
 - Controle da Catástrofe no seu conjunto
 - A etiqueta de triagem é um elemento mais organizativo do que assistencial
 - Controle das vítimas que vão para cada hospital
 - Permite evitar evacuações descontroladas
- 20

Triagem

21

Controlo dos dados das vítimas

22

Avaliação da Vítima

23

SORT

24

